

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

N°

252

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 24 mars 1898, à 1 heure

PAR

F. Charles BACHIMONT

né à Courcelles-sous-Moyencourt (Somme), le 25 décembre 1870

DE

L'INTERRUPTION DE LA GROSSESSE

AVANT LA VIABILITÉ DU FŒTUS

Président : M. PINARD, professeur,

*Juges : MM. } BERGER, professeur.
KIRMISSON et NÉLATON, agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 24 mars 1898, à 1 heure

PAR

F. Charles BACHIMONT

né à Courcelles-sous-Moyencourt (Somme), le 25 décembre 1870

DE

L'INTERRUPTION DE LA GROSSESSE

AVANT LA VIABILITÉ DU FŒTUS

Président : M. PINARD, professeur,

*Juges : MM. } BERGER, professeur.
KIRMISSON, et NÉLATON, agrégés.*



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDE
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHEL.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	} HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	
Anatomie pathologique.	DEBOVE.
Histologie	LANNELONGUE.
Opérations et appareils.	CORNIL.
Matière médicale et Pharmacologie.	MATHIAS DUVAL.
Thérapeutique	TERRIER.
Hygiène	POUCHET.
Médecine légale	LANDOUZY.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	PROUST.
Pathologie comparée et expérimentale.	BROUARDEL.
	LABOULBENE.
	CHANTEMESSE.
	POTAIN.
Clinique médicale	} JACCOUD.
Clinique des maladies des enfants.	HAYEM.
Clinique des maladies syphilitiques.	DIEULAFOY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	GRANCHER.
Clinique des maladies nerveuses.	FOURNIER.
	JOFFROY.
	RAYMOND.
Clinique chirurgicale.	} BERGER.
	DUPLAY.
Clinique ophtalmologique.	LE DENTU.
Clinique des voies urinaires.	TILLAUX.
Clinique d'accouchements.	PANAS.
	GUYON.
	N.
	PINARD.

Agrévés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARIE.	SEBILEAU.
ALBARRAN.	GILBERT.	MENETRIER.	THIERY.
ANDRE.	GILLES DE LA	NELATON.	THOINOT.
BAR.	TOURETTE.	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	GLEY.	POIRIER, chef des	VARNIER.
BROCA.	HARTMANN.	travaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTNERER.	WEISS.
CHASSEVANT.	LETULLE.	RICARD.	WIDAL.
DELBET.	MARFAN.	ROGER.	WURTZ.

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Membre de l'Académie de médecine

Chevalier de la Légion d'honneur

M. le Professeur Pinard, envers lequel nous avons contracté une si grande dette de reconnaissance, nous a suggéré l'idée de cette thèse.

Nous avouons d'ailleurs sans peine, et l'on comprendra aisément que ce n'était pas trop d'une autorité aussi considérable que la sienne pour nous encourager à entreprendre un travail touchant un sujet si délicat.

Et cependant, ce sont plutôt les appréciations, les idées que nos maîtres à tous émirent et professèrent à ce sujet que nous exposerons, plutôt que les nôtres propres, bien que, pendant le stage que nous avons eu la bonne fortune d'accomplir et surtout de prolonger à la clinique d'accouchements Baudelocque, nous ayons pu, sur certains des points qui vont nous occuper, acquérir, avec quelque expérience, des idées personnelles.

Nous avons eu en effet, à plusieurs reprises, l'occasion de voir mettre en pratique, de comprendre, et par suite d'apprécier les théories qui font loi dans cet admirable établissement.

Et, puisque nous sommes appelés à parler de la Clinique d'accouchements Baudelocque, nous saisissons avec empressement cette occasion qui nous est offerte, de remercier ici publiquement toutes celles et tous ceux qui ont bien voulu nous y faire un si bon accueil, et nous communiquer le fruit de leurs travaux.

A Mademoiselle Rose, sage-femme en chef du service, nous apporterons d'abord l'hommage de notre profonde gratitude. Grâce à elle, après M. le Professeur Pinard, nous avons pu entrevoir ce qu'était l'art des accouchements, partant, combien grande est parfois la difficulté qu'il présente.

Sa grande expérience et son habileté en matière d'accouchements sont traditionnels parmi tous ceux qui ont fréquenté la Clinique Baudelocque. Nous ne pourrions que faire des redites en parlant d'un talent connu et apprécié de tous : une première distinction officielle, si justement accordée, vient, ces temps derniers de le consacrer.

MM. Varnier, professeur agrégé, et Lepage, accoucheurs des Hôpitaux, MM. Bouffe de Sainte-Blaise et Wallich, chefs de clinique de M. le Professeur Pinard, ont bien voulu guider nos débuts, nous aider ensuite à perfectionner les connaissances que, grâce à eux, nous avons pu acquérir.

Ils nous ont toujours fait l'accueil le plus bienveillant, et nous avons largement profité de l'autorisation qu'ils nous donnèrent si souvent de mettre à contribution leur grande connaissance de l'art obstétrical.

Et si, auprès des élèves, nous avons rencontré un si cordial accueil, que dire du maître, M. le Professeur Pinard, dont la bienveillance, la bonté, n'ont d'égales que la science et le talent.

Nous savons lui devoir beaucoup, — trop même, pour que nous puissions jamais espérer être quitte envers lui.

Une seule manière s'offre à nous de nous libérer en

partie : mettre en pratique dans notre petite sphère d'action les théories que lui-même met en pratique à sa Clinique ; et faire tout notre possible pour n'être pas trop indigne d'un pareil Maître.

La Clinique d'accouchements Baudelocque, dernière étape de nos études hospitalières, nous laissant le souvenir le plus récent devait, et nous l'avouons sans peine, nous laisser en même temps le souvenir le plus vif.

Mais nous n'en conservons pas moins la précieuse mémoire de nos autres maîtres dans les hôpitaux, et des heureuses années que nous avons passées auprès d'eux.

C'est à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. le professeur Peyrot que nous avons débuté ; et nous y sommes demeuré plus d'une année ; appréciant tour à tour, après le paternel enseignement du maître, celui de ses élèves, MM. Bazy et Guinard, aujourd'hui chirurgiens des hôpitaux tous deux.

Nous avons pu, l'année suivante, approcher M. le professeur Bouchard, à son Hôpital de la Charité.

Nous ne pouvions désirer un plus savant maître, et notre bonne fortune était d'autant plus grande qu'il nous a été possible, grâce à lui d'acquérir les principes fondamentaux de la pathogénie générale, « sans laquelle on peut savoir la médecine, mais non la comprendre ; constater les faits mais non les interpréter, » données que les conseils de M. Charrin, médecin de la Maternité, de M. Lenoir, médecin des hôpitaux, ont contribué si puissamment à fixer dans notre esprit et notre mémoire et

que nous avons précieusement conservées au cours de nos études.

A l'Hôpital de la Pitié il nous a été permis pendant la seconde partie de notre stage, de profiter des leçons de M. le professeur Reclus, et nous gardons, de son enseignement si clair et si précis le meilleur souvenir.

M. le docteur Letulle, à l'Hôpital Saint-Antoine, a perfectionné nos connaissances de clinique et de médecine générale. Avec lui, nous avons pu puiser à leur source la plupart des théories et des idées nouvelles, touchant l'anatomie pathologique, et conserver, grâce à la mémoire la plus fidèle, la mémoire des yeux, une idée précise de ce que sont les lésions qui provoquent les maladies, et celles qu'elles déterminent en évoluant.

Grâce à M. le docteur Petit, médecin de l'Hôpital de la Pitié, élève du professeur Potain, nous avons pu étudier la pathologie du poumon et du cœur, et augmenter les notions de la science difficile de l'auscultation, acquises chez M. le professeur Bouchard.

Chez M. le professeur Le Dentu, nous avons continué notre éducation chirurgicale, et nous ne voulons pas laisser passer l'occasion de le remercier tout particulièrement.

De lui et de ses élèves, notamment M. le docteur Mauclaire, chirurgien des hôpitaux, M. le docteur Morestin, chef de la clinique chirurgicale de l'Hôpital Necker, nous avons non seulement reçu l'enseignement le plus large et le plus bienveillant, mais encore (chose bien précieuse pour le jeune praticien qui bientôt va être livré à lui-même,) ils ont bien voulu, à différentes reprises, guider

notre main, et, directement nous donner le conseil ou nous faire la recommandation indiquée par l'intervention du moment.

Nous avons également suivi les si intéressantes conférences professées ces années dernières à l'hôpital Beaujon par M. le docteur Lejars, chirurgien des Hôpitaux ; les cliniques dermatologiques que M. le docteur Gaucher fait chaque dimanche à l'hôpital Saint-Louis. Grâce à M. Marfan, médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades, la médecine infantile ne nous est point étrangère, et nous étions pendant une partie de l'année dernière, parmi les nombreux auditeurs de M. le professeur Guyon, chez qui nous étudions les maladies des voies urinaires.

Nous sommes fier d'avoir été l'élève de tant de maîtres illustres, et nous leur conservons le souvenir le plus reconnaissant.

Nous leur devons tout, et nous ne l'oublierons pas.

CHAPITRE PREMIER

Historique de l'avortement provoqué médicalement.

L'accouchement prématuré pénétra difficilement dans les mœurs obstétricales. Combattue avec passion par des maîtres — et non des moins éminents — en l'art des accouchements, par Baudelocque et par tous ses élèves, par Gardien et Capuron, qui la considéraient, l'un comme « pleine de dangers, inadmissible en théorie et en pratique, ennemie de la raison et de la morale », l'autre comme « un crime » ; par Boivin, par Mme La Chapelle, Dugès, son neveu, cette innovation allait avoir, dans notre pays, des commencements bien difficiles.

Et cependant, de toute part, rayonnait la lumière, à laquelle Baudelocque et les siens fermaient les yeux : d'Angleterre, où Macaulay et Kelly appliquaient les premiers cette méthode avec succès ; d'Allemagne, où dès 1770 Widmann conseillait l'accouchement forcé pour délivrer les femmes à bassin trop étroit.

En Allemagne, soit que les écrits voisins eussent quelque influence, soit crainte d'inaugurer un procédé que, pour lui déjà, son nom seul faisait tenir à l'écart, on attendit encore, et, nombre d'années s'écoulèrent entre le rapport du professeur May d'Heidelberg, recommandant

(1779), l'accouchement provoqué, et la première opération pratiquée par Wenzel en 1804.

Mais, à partir de cette époque, elle y fut sinon courante, du moins admise et pratiquée; et, tous nos voisins, Anglais, Allemands, Hollandais, Italiens, la tenaient pour indiscutablement légitime lorsque, en 1827, M. Costa saisit l'*Académie de médecine de Paris* de cette question qui allait rencontrer un si mauvais accueil :

« Le médecin peut-il provoquer l'accouchement prématuré artificiel ? » On donne ce nom à l'accouchement provoqué par l'art avant le terme naturel de la grossesse, mais à une époque où le fœtus est déjà viable, dans le but de lui permettre de franchir sans perdre la vie un bassin rétréci jusqu'à un certain point, de manière à rentrer dans les conditions de la parturition naturelle.

L'Académie répondit que la question était inconvenante, et que, dans l'état actuel de la science, il n'existait aucun cas où il fut permis de se livrer à cette pratique. Tous ses membres, fort heureusement ne partageaient pas cette manière d'envisager la question; et, très rapidement, grâce aux travaux de Dubois et de Velpeau, les accoucheurs et les médecins français, mieux éclairés admirèrent et pratiquèrent cette opération, universellement adoptée aujourd'hui.

On comprendra sans peine, que Lenoir, chirurgien de l'hôpital Necker, ne devait pas être sans quelque appréhension lorsqu'en 1652, il présenta à la même Assemblée ses études, ses réflexions et ses projets, touchant la légitimité de provoquer l'avortement.

Il s'exprimait ainsi : « Messieurs, quand on se rappelle

les discussions si longues et si animées auxquelles donna lieu la proposition de l'accouchement prématuré artificiel ; quand on se souvient de l'anathème lancé dans cette enceinte même sur ceux qui, les premiers, osèrent apporter en France, une pratique depuis longtemps admise chez presque tous nos voisins, on ne peut se défendre d'une certaine émotion en abordant à cette tribune la question beaucoup plus grave de l'avortement provoqué. »

Un très court historique est ici nécessaire, qui nous permettra d'envisager, dans une vue d'ensemble, quel était l'état de la question, à l'étranger et en France, lorsque Lenoir présenta son rapport.

La plupart des auteurs contemporains qui se sont occupés quelque peu des avortements provoqués insistent sur ce point : que pour être fort ancienne et très fréquemment usitée, cette opération n'en eût pas moins, pendant fort longtemps, que très peu de rapports avec la médecine honnête.

Hipocrate semble l'avoir, sinon recommandée à ses élèves, du moins pratiquée, une fois au moins « chez une cantatrice qui ne pouvait continuer d'exercer sa profession à cause de cette grossesse.

Aspasie, rapporte *Ætius*, conseilla la première d'employer l'avortement comme moyen devant prévenir les dangers d'un accouchement à terme ; et encore faut-il n'accorder que fort peu de confiance aux bonnes intentions de cet auteur qui s'étend ensuite en trop longs détails, et semble avoir sur la pratique des avortements obtenus dans un but criminel une connaissance trop

approfondie et trop expérimentée, pour ne nous être pas suspecte.

Dans l'ancienne Rome, malgré les lois sévères qui existaient dès le début de l'empire, la débauche extrême qui précéda son déclin, et ne fit que grandir, n'en tint jamais grand compte, et l'avortement criminel s'y étalait presque au grand jour, malgré les critiques les plus virulentes de Suétone et des poètes satyriques, Plaute et Juvénal.

Les législations religieuses essayèrent, mais en vain, d'opposer une barrière à la corruption sans cesse grandissante. — Bien des siècles devaient s'écouler avant que le « *non occides* » de l'Écriture pût être considéré comme un argument sérieux ; et c'est seulement au moyen âge que son action fut sinon absolue, du moins fort efficace, et très vite, après une série d'ordonnances royales, que les seuls côtés religieux et moral de la question préoccupent, nous arrivons à Louise Bourgeois, qui la première en France conseille d'interrompre la grossesse dans certains cas qu'elle précise : l'hémorrhagie, entre autres.

Après elle, Guillemeau, Mauriceau, Delamotte et Levret « suivent la même méthode toujours dans le même but », bien que leurs théories se confondent en grande partie avec celle de l'accouchement prématuré, et qu'en somme ils paraissent voir dans ce procédé, bien plus un moyen de mettre ou plus vite la femme hors de danger, qu'une indication nette — cherchant en même temps, mais sans se conformer pour cela à des principes établis — cherchant en même temps à sauvegarder le plus possible la

vie de l'enfant, mais ne la considérant que comme chose secondaire.

Comme pour l'accouchement prématuré, c'est encore de l'étranger que nous vint cette nouvelle méthode, innovation due, cette fois, aux résultats désastreux donnés par l'opération césarienne.

W. Cooper, en exposant la relation d'une de ces opérations, au cours de laquelle la mère était morte, terminait en posant au docteur Hunter, auquel la relation était adressée, la question suivante : « Dans le cas où il est positivement reconnu qu'un enfant à terme ne pourra pas naître vivant par les voies naturelles, la raison et la conscience n'autoriseraient-elles pas, afin de sauver la mère, des tentatives propres à provoquer l'avortement aussitôt qu'elles pourraient être convenablement employées ? » Beaucoup de médecins anglais, découragés par les résultats presque toujours mortels de leurs interventions césariennes, firent bon accueil à la proposition plutôt timidement formulée de Cooper, et par leur attitude, montrèrent qu'ils s'y ralliaient.

En Allemagne, Nøgele que déjà ses contemporains appellent : « un des esprits les plus judicieux du siècle, » avait nettement formulé son avis, l'étayant des considérations anatomiques les plus précises « ... Par le même motif, il est permis quelquefois de provoquer l'avortement dans les cas, par exemple, où le bassin est tellement étroit que l'enfant ne peut être arraché, même par morceaux ; que l'opération césarienne a été conseillée et que, cependant, la mère, dans la plénitude de sa raison et à diverses reprises, déclare constamment qu'elle se refuse

à cette opération, je pense que chose semblable est permise au médecin dans le cas où la grossesse, prolongée jusqu'au terme, exposerait la mère au danger manifeste et inévitable de perdre la vie. »

Et nous arrivons après Nœgele, à la proposition que fit Lenoir à l'Académie, à propos d'un avortement provoqué par lui.

Au cours d'une longue et orageuse discussion à laquelle prirent part Cazeaux, Dubois, Danyau, Chailly, Bégin, Adelon et Velpeau, Lenoir formulait ainsi ses conclusions :

1° C'est par suite d'une fausse interprétation que les lois divines et humaines relatives à l'avortement ont été appliquées à l'avortement pratiqué dans un but médical.

2° Les lois punissent le crime : elles ne peuvent donc atteindre sans injustice un acte accompli avec les intentions les plus pures.

3° Placée dans la cruelle alternative de choisir entre la vie de son enfant et sa propre conservation, la femme a, de par la loi naturelle, le droit d'opter pour la mutilation du fœtus.

4° Dans ce cas, le médecin peut et doit sacrifier les intérêts de l'enfant à ceux de la mère.

5° L'avortement provoqué étant beaucoup moins grave pour la mère que l'embryotomie pratiquée au terme de la grossesse, le médecin peut, et doit lui donner la préférence.

6° Les rétrécissements dans lesquels le petit bassin offre moins de 6 centimètres 1½ dans son plus petit diamètre, les hemorrhagies que rien n'a pu arrêter, les

tumeurs des parties molles ou dures qui ne sont pas susceptibles d'être déplacées, ponctionnées, incisées ou extirpées, sont les seules indications de l'avortement provoqué.

Le médecin ne doit jamais s'y décider sans avoir préalablement pris l'avis de plusieurs confrères éclairés. (1)

P. Dubois qui le premier répondit à Cazeaux ne montra pas précisément pour l'adoption de cette méthode nouvelle, la bonne volonté, que la méthode de l'accouchement prématuré avait précédemment rencontrée de lui.

Il était cependant du nombre si peu considérable de ceux qui, à cette époque, avaient étudié et connaissaient le mieux la question avant lui. « Fodéré, en 1813, dans son traité de médecine légale n'hésite pas à déclarer que la provocation de l'avortement par un accoucheur était licite quand la conformation vicieuse du bassin était assez prononcée pour exposer la femme à la nécessité de subir l'opération césarienne.

Marc exprima la même opinion dans son article « Avortement » dans le dictionnaire de médecine en 25 volumes. Lorsque Velpeau publia, en 1829, la première édition de son traité d'accouchements, il déclara qu'il ne balancerait pas à conseiller la provocation de l'avortement pour soustraire une femme mal conformée aux dangers futurs de l'opération césarienne.

Dubois, qui fait lui-même, ce court historique de la question en France à son époque ne cèle en rien son opi-

(1) *Bulletin de l'Académie Nationale de médecine*; Tom. 17. Année 1852, pages 364 et suivantes.

nion : — En public, il a, à diverses reprises, pratiqué l'avortement ; Cazeaux, Lenoir, ont agi de même. Non seulement il admet la légitimité de cette intervention, — mieux, il la pratique lui-même et, s'il ne veut pas adopter les conclusions de Lenoir, c'est parce que, à son avis, « la question est toute morale, et qu'elle est, en conséquence, de celles dont la solution doit être abandonnée à la conscience et aux lumières du médecin. »

Il reprochait de plus à Cazeaux, rapporteur, d'avoir élargi la discussion en considérant non seulement l'attitude à observer, dans les cas de rétrécissement extrême du bassin, mais encore en présence de quelques affections graves survenant au cours de la grossesse — ou déterminées par elle, et nous aurons l'occasion de constater que, dans ces cas, Cazeaux était absolument opposé à toute intervention. — C'est presque une fin de non recevoir qu'il proposait à l'Académie. — Cazeaux se servant des armes que lui fournissait P. Dubois lui-même, se défendit d'une manière fort brillante — rappelant tour à tour à son contradicteur que lui-même, comme professeur en 1848, avait fait sur ce sujet une série de leçons — « dans lesquelles il avait conseillé à ses élèves de pratiquer l'avortement dans plusieurs cas, précisés par lui avec le plus grand soin ; qu'il avait, dès 1843, publié un mémoire à ce sujet — et il maintint fort énergiquement ses premières conclusions.

Un second adversaire survint à la séance suivante : Bégin, s'appuyant surtout sur des considérations religieuses et morales, répudia avec horreur l'avortement provoqué : « Que l'Académie, fidèle à ses traditions et

protectrice attentive des intérêts de la société comme de la dignité de l'art, se garde d'ouvrir cette voie funeste, s'écriait-il. »

Un aide vint à Cazeaux, Chailly, qui faisant fort à propos la parallèle de l'accouchement prématuré et de l'avortement provoqué — montra combien semblables étaient les destinées de ces deux interventions — l'incontestable nécessité de la seconde comme de la première, et, finalement, proposa à l'Académie « de faire rendre au travail de M. Lenoir l'honneur qu'il méritait : adresser à son auteur des remerciements et renvoyer son remarquable travail au comité de publication. »

Et pourtant, malgré Adelon, malgré Velpeau, qui, tour à tour, vinrent déclarer qu'ils étaient, dans certains cas bien déterminés, partisans de l'avortement provoqué, malgré Cazeaux qui, à plusieurs reprises encore, prit à parti — fort aigrement parfois, ses contradicteurs — malgré tous ces efforts, le résultat de la discussion fut nul, ou à peu près, car, « après des épreuves douteuses, le secrétaire perpétuel fait remarquer qu'on n'est plus en nombre, et l'Académie se sépare sans rien statuer. »

C'est à dessein que nous avons tant insisté sur cette mémorable séance de l'Académie. Nous avons essayé de montrer que, si parmi ses membres, quelques-uns nettement déterminés, désiraient voir mettre un terme à cet état d'incertitude, d'indécision, la grande majorité se souciait fort peu de « se compromettre », et le côté religieux, — représenté surtout par Bègin — aidant, les membres de l'illustre assemblée en arrivèrent au but désiré : laisser à chacun, comme par le passé, sa liberté

d'action, en face du cas particulier, l'approuver même, l'intervention terminée, mais se bien garder de formuler des règles précises et de les sanctionner de son autorité. Elle avait désiré qu'on restât dans le vague — elle réussit.

Après la communication de Lenoir, la question retomba dans l'ombre, d'où celui-ci avait été si mal venu à essayer de la tirer. — Cependant, Jacquemier, dans le *Dictionnaire universelle Dechambre*, après avoir reconnu les difficultés rencontrées par ceux qui voulurent les premiers provoquer l'avortement, après avoir constaté l'absence d'une législation réglant les droits d'intervention de l'accoucheur, Jacquemier termine ainsi ses considérations : « Heureusement, ce qui est obscur et controversable pour l'esprit ne l'est pas pour la conscience et l'on n'a plus aujourd'hui les hésitations d'autrefois. L'essentiel est que l'indication soit réelle et qu'il n'y ait pas de méprise possible à cet égard — » et il donne ensuite la liste assez longue des cas dans lesquels il pense qu'il existe, ou peut exister, une indication d'interrompre la grossesse.

C. Devilliers, dans le *Dictionnaire Jaccoud*, commence par considérer les cas dans lesquels on peut être appelé à intervenir dans ce sens, et, après avoir divisé ces indications en relatives et absolues (classant parmi ces dernières, les rétrécissements du bassin au-dessous de 6 cent.), il déclare fort nettement préférer, dans ce dernier cas, l'avortement provoqué, où 10 sont sauvés et 10 meurent — et ces derniers sont des fœtus, aux lamentables résultats de l'opération césarienne qui fait périr 70 femmes 0/0 — et à laquelle on est presque fatalement

obligé de recourir si l'on n'a pas interrompu la grossesse avant la viabilité du fœtus. Après ces opinions d'auteurs sans parti pris — opinions émises dans des ouvrages éminemment classiques et répandus, l'avortement provoqué était accepté en principe même par ses deux adversaires les plus absolus, Villeneuve, de Marseille, Stoltz, de Strasbourg, qui venaient encore, de donner lieu à une polémique des plus vives, avec Pajot. Au contraire de Cazeaux, ces deux auteurs rejettent l'avortement provoqué, seulement dans le cas d'angustie pelvienne, où ils préférèrent l'opération césarienne, mais l'autorisent dans d'autres cas ; les vomissements incoercibles entre autres.

Nous arrivons à la thèse d'agrégation du docteur de Soyre qui, après avoir résumé d'une manière à peu près parfaite l'état de la question, au moment où il la reprend, expose ses opinions personnelles — fruit de ses observations et de sa pratique déjà longue.

La question se résumait ainsi lorsqu'elle fut reprise et examinée en détail par de Soyre :

Dans tels cas bien déterminés, l'avortement provoqué est la seule ressource.

Dans tels autres cas, cette intervention l'emporte sur toute autre, comme moyen thérapeutique.

Dans tels autres cas, enfin, son opportunité peut être discutée.

Quelles modifications les profonds changements survenus pendant ces 20 dernières années dans la thérapeutique médicale et surtout chirurgicale, ont-ils apporté à cette manière de voir ?

En premier lieu, dans quels cas a-t-il été permis de renoncer à l'avortement provoqué, (qui n'est jamais qu'un pis aller et une opération à laquelle on ne se doit résigner qu'en toute dernière analyse) en lui en substituant une autre permettant d'obtenir un enfant vivant et viable ?

Quels bénéfices, enfin, a-t-il été permis de retirer de la méthode antiseptique appliquée aux chirurgies obstétricales anciennes et nouvelles ? C'est ce que nous allons essayer d'examiner.

Et, pour arriver à notre but, nous ne saurions mieux faire que de reprendre chapitre par chapitre les cas dans lesquels l'indication d'interruption de grossesse devait ou pouvait s'exposer, en essayant de faire un court parallèle entre la conduite qui alors était reconnue la meilleure à tenir, et celle qui, dans plusieurs cas, lui a été substituée aujourd'hui, à donner un rapide aperçu des progrès réalisés dans ce sens, des résultats obtenus, jusqu'à ce jour, et nous aurons accompli la tâche que nous nous sommes proposée.

Nous considérerons dans un premier chapitre les bassins viciés par le rachitisme ou par des tumeurs, éliminant dès maintenant les bassins ostéo-malaciques.

Dans ces derniers, en effet, les os présentent encore une flexibilité et une mollesse telles, que, comme l'ont prouvé les observations de Pagenstecher, Kilian, Schröder et autres, des bassins qui offraient des rétrécissements absolus ont pu céder à la pression du corps fœtal et permettre son expulsion, même à terme.

L'indication de l'avortement provoqué pourrait se trouver ainsi écartée et remplacée par l'attente d'une époque où on pourrait recourir à l'accouchement prématuré artificiel — D'ailleurs cette malformation est rare, et la flexibilité des os du bassin, ne peut guère être diagnostiquée que tardivement. — Il en est de même pour les bassins spondylolisthésiques dont les observations se comptent et des bassins obliques ovulaires dont l'existence, d'abord passe souvent inaperçue, au cours même de plusieurs grossesses, et qui, pour être un peu plus fréquentes, n'en sont pas moins d'une rareté relative. — Avec les luxations coxo-fémorales, — enfin les rétrécissements — qui sont loin d'être de règles, sont presque toujours, lorsqu'ils existent sinon négligeables, du moins rarement considérables.

Restent donc les bassins rétrécis par des tumeurs ou par rachitisme.

Ces tumeurs peuvent être liquides ou solides, charnues ou osseuses, fixes ou mobiles — elles peuvent — et là surtout est le point important être ou n'être pas modifiées par un traitement approprié.

Les tumeurs liquides presque toujours des kystes, bien que leur nombre et leur volume puissent devenir considérables, n'ont pas en général, sur l'évolution de la grossesse, une influence aussi pernicieuse que les tumeurs solides fibreuses ou osseuses qui, elles, ne se laisseront que difficilement refouler par le fœtus évoluant.

Et même les corps fibreux, qu'ils siègent sur la paroi extérieure de l'utérus, montant avec lui dans l'abdomen, sous le péritoine, au fur et à mesure que le fœtus se déve-

loppe, ou qu'ils aient leur pédicule d'implantation dans l'utérus même, remplissant plus ou moins sa cavité, ces corps fibreux ne constituent pas par eux-mêmes une indication d'interrompre la grossesse, mais bien plutôt par les perturbations générales qu'ils amènent dans l'organisme de la femme, lorsque, au cours de leur évolution, ou lorsque, stationnaires, une seconde tumeur, physiologique celle-là, vient se développer auprès d'eux, cherchant à occuper la place à laquelle lui donnait droit la nature. »

C'est dans un de ces cas, où l'état général de la femme était fortement atteint, que Depaul pratiqua l'avortement; alors que dans un autre cas où la tumeur était volumineuse, Guéniot et Tarnier pratiquèrent l'opération césarienne.

Les cas de tumeurs osseuses spontanées (exostoses, ostéosarcones) ou secondaires, (consolidation difforme d'une fracture du bassin; col vicieux) sont très rares, et l'intervention à proposer dans ce cas est celle sur laquelle nous allons insister, à propos des bassins rétrécis par rachitisme.

Ceux-ci forment l'énorme majorité des bassins viciés. Mais, fort heureusement, l'angustie pelvienne est loin d'être toujours très accusée; il en est qui sont à peine appréciables et qui passent inaperçues; d'autres provoquent seulement quelques difficultés au cours de l'accouchement.

Nous adopterons ici la division de de Soyre :

Le bassin présente un rétrécissement :

1° Ou bien on laissera la grossesse dépasser le terme

de 6 mois, c'est-à-dire, on laissera le fœtus arriver à une période où il sera réputé viable ;

2° Ou bien on interrompra cette grossesse avant le 7^e mois de la vie intra-utérine, c'est-à-dire qu'on provoquera l'avortement.

Le professeur Depaul a établi les divisions qui se posent dans les diverses circonstances qui peuvent se présenter pour le premier cas, c'est-à-dire lorsqu'on laisse évoluer au delà du septième mois une grossesse survenue dans un bassin rétréci :

1° L'angustie pelvienne est peu prononcée, c'est-à-dire que le diamètre sacro-pubien a au moins 9 centimètres. Au terme de 9 mois, le travail se déclare, et, sous les efforts expulsifs de l'utérus, la tête fœtale peut, grâce à une légère compression, franchir le point rétréci, et l'enfant naît sans autres difficultés qu'un travail dont la durée a dépassé plus ou moins les limites ordinaires.

Dans quelques cas, les efforts naturels s'épuisent vite ou sont insuffisants, et l'on peut, en leur venant en aide avec une simple application de forceps, terminer l'accouchement tout en donnant naissance à un enfant vivant.

2° Le rétrécissement du bassin est plus considérable ; le diamètre sacro-pubien a au plus 9 et au moins 6 centimètres. On peut encore voir quelquefois l'enfant naître spontanément, après un travail plus prolongé que dans le cas précédent ; mais ces cas sont rares, et l'on est presque toujours obligé d'intervenir par une application de forceps qui peut donner naissance encore à un enfant vivant, mais qui, dans bien des cas, n'amène qu'un enfant mort par suite de la longueur du travail et de la com-

pression que la tête fœtale a du subir pour franchir le rétrécissement. — Enfin, le forceps peut être insuffisant, et, pour terminer l'accouchement, on est obligé de diminuer le volume de la tête par l'un des procédés d'embryotomie; la craniotomie par exemple, et la céphalotripsie.

Il est bon de faire remarquer que, dans ces 2 cas, « la longueur exagérée du travail, les applications de forceps quelquefois heureuses, d'autres fois vaines, la craniotomie, la céphalotripsie, entraînent toujours une certaine somme de dangers pour la mère et pour l'enfant, quand celui-ci n'est pas sacrifié. »

Enfin, le rétrécissement du bassin est plus considérable : le diamètre sacro-pubien a moins de 6 centimètres; il peut se faire que non seulement l'enfant ne peut naître spontanément ni à l'aide du forceps, mais encore, que les applications de procédé d'embryotomie soient tellement difficiles dans une angustie pelvienne aussi prononcée, que la vie de la mère se trouve très compromise.

Enfin, dans quelques cas très rares à la vérité, l'espace laissé libre dans l'intérieur du bassin peut être insuffisant pour la manœuvre des instruments, et c'est à l'opération césarienne qu'il faut avoir recours ».

« Il résulte de ces règles que, dans les cas de vices de conformation du bassin, sauf peut être dans la première section, la vie de la mère est plus ou moins compromise, et que celle du fœtus est également soumise à des chances très diverses, parmi lesquelles les mauvaises l'emportent de beaucoup sur les bonnes.

Il n'y a donc pas lieu, d'une manière générale, de

laisser la grossesse poursuivre son cours jusqu'au terme, quand on est en présence d'un bassin rétréci ».

Nous insistons sur cette conclusion de de Soyre, qui est en effet un véritable résumé de sa manière de penser.

Il ne s'y est arrêté qu'après avoir mûrement réfléchi et considéré d'autre part quelle était, dans des cas identiques, la conduite tenue par les autres accoucheurs.

Schröder considère que le degré le plus bas de rétrécissement pelvien ou l'accouchement prématuré est possible est 6 c. 75.

Madame La Chapelle admettait 2 pouces $1/2$ (6 cent. 75). Barlow aurait pratiqué des accouchements prématurés dans des bassins ayant 1 pouce $1/2$ (4 cent. 1), et 2 pouces (5 cent. 4). Il est inutile de faire remarquer que la mort du fœtus étant toujours l'un des résultats inévitables de l'opération, dans ces dernières circonstances. Velpeau s'en tenait à 6 cent. 75 ; Depaul avait fait passer un fœtus de 7 mois $1/2$ dont le diamètre bi-pariétal avait 8 cent. à travers un bassin rétréci à 6 cent. $1/2$. Le diamètre bi-pariétal avait subi une réduction de 1 cent. $1/2$, grâce à la possibilité d'un allongement du diamètre antéro-postérieur.

En Allemagne, on ne pratique pas l'accouchement prématuré au-dessous de 7 cent. $1/2$. C'est là une exagération. Il est certain que l'on pourrait obtenir des succès avec des rétrécissements bien plus considérables. D'ailleurs, même avec un rétrécissement très étroit, il est encore légitime de tenter l'intervention. En cas d'insuccès, il restera toujours la ressource de pratiquer l'embryotomie.

C'était là l'avis de M. Tarnier qui admettait une limite extrême à 5 cent. « On devra dit-il, tenter dans ce cas l'accouchement prématuré. Si, avec lui, l'extraction d'un fœtus vivant est impossible, l'embryotomie offrira une dernière ressource, d'autant plus applicable qu'elle sera facilitée par le peu de développement de l'enfant ».

La mise en pratique de ces théories ne devait cependant pas donner à M. Tarnier de bien encourageants résultats — il suffit en effet de consulter la statistique de son hôpital des cliniques, pour y constater que sur 13 femmes présentant des retrécissements du bassin qui variaient entre 5 cent. 1½ et 6 cent. 1½, et chez lesquelles on pratiqua l'accouchement prématuré artificiel, 5 moururent — Quant aux enfants, un seul, sur 13 survécut.

Ainsi, conclut de Soyre, si l'accouchement prématuré artificiel peut, dans un grand nombre de cas, s'offrir comme une ressource favorable, cette méthode n'est plus applicable dans les bassins dont le diamètre sacro-pubien mesure moins de 6 centimètres.

Quelles sont, dans ce dernier cas, les ressources qui s'offrent à nous : et alors, nous pouvons une seconde fois considérer la question sous ses 2 aspects.

Nous supposons, en premier lieu, une femme qui vient nous trouver arrivée au terme de sa grossesse, ou à une époque tout à fait proche du dénouement, et sur laquelle nous découvrons un bassin dont le diamètre sacro-pubien a un maximum de 6 cent. 1½.

Dans le deuxième cas, nous admettons que la femme venant nous consulter est, elle aussi, porteuse d'un bassin à diamètre sacro-pubien moindre que 6 cent. 1½ ;

qu'elle aussi est enceinte, mais : que sa grossesse ne paraît pas remonter à 6 mois — que le fœtus n'est pas viable.

Nous convenons que cette dernière hypothèse n'est pas commune. En effet, outre la rareté relative des bassins présentant un rétrécissement aussi considérable que 6 cent. 1/2, les femmes qui en sont affligées, à part des cas tout à fait exceptionnels comme celui de la fille Julie Gros, l'ignorent sinon totalement — et le fait peut se présenter lorsque l'on a affaire à des primipares — du moins n'ont qu'une idée très vague de l'obstacle considérable que l'étroitesse de leur bassin va apporter à la bonne terminaison de leur grossesse — qu'elles laissent évoluer — jusqu'à ce que les troubles inhérents à leur malformation (compressions nerveuses — viscérales, — troubles moteurs du côté de la vessie) — ne viennent les avertir qu'il se passe quelque chose d'anormal, et ne les oblige à consulter — Bien que ces cas soient rares, il est vrai, la science en renferme un nombre assez considérable pour qu'il soit permis d'envisager la conduite à tenir lorsqu'ils se présentent.

Dans la première hypothèse, étant arrivé à terme, ou à peu près, quelles ressources nous restait-il, d'après de Soyre :

1° Laisser le travail se déclarer et s'exercer un temps suffisamment long, essayer le forceps, malgré la quasi certitude d'un échec, et se résoudre à l'*embryotomie-cephalotripsie*.

2° Laisser la grossesse poursuivre son cours et faire, au terme de la gestation, la *section césarienne*.

Envisageons ces deux opérations et leurs résultats :

Il suffit de se rapporter aux statistiques fournies par les auteurs pour voir combien ces résultats sont désastreux pour la mère et l'enfant, la céphalotripsie condamnant fatalement le fœtus au même sort que l'avortement, et l'opération césarienne donnant en réalité des résultats moins satisfaisants qu'on ne le pourrait supposer.

En effet, sur 52 cas de céphalotripsie provenant de Lauth, Gueniot, Pajot, Rigaud, Stanesco, réunis par de Soyre, et dont 20 lui étaient personnels, l'intervention fut 21 fois suivie de mort pour la mère, ce qui donnait, outre le sacrifice inévitable du fœtus, une mortalité supérieure à 40 % chez les mères.

Aujourd'hui, grâce à l'antisepsie rigoureuse appliquée à l'obstétrique, la mortalité a considérablement diminué et n'est plus guère que de 10 %, chiffre encore énorme, si on le compare au chiffre insignifiant de la mortalité dans telle autre intervention.

La proportion de morts était encore plus effrayante dans l'opération césarienne. Ici sur un total de 4020 interventions pratiquées à une époque antérieure à l'antisepsie, 2176 femmes succombèrent, donnant une proportion d'environ 60 %, et dans un cas (Gueniot), on arrivait à l'effrayante mortalité de 74 morts sur 79 opérées; c'est-à-dire à 93, 6 0/0 de résultats fatals. Quelles que soient, ici surtout, les améliorations apportées à cette opération par une observation rigoureuse des pratiques de l'antisepsie obstétricale, les résultats actuels n'en sont pas

moins encore fort peu rassurants, et la mortalité est encore de 25 à 26 0/0.

De plus, il faut, dans cette dernière statistique, faire également entrer en ligne de compte, la mortalité des fœtus (et elle est considérable) qui sévit sur eux pendant les premiers jours qui suivent leur naissance, à moins qu'il n'arrive et là chose n'est pas rare, de les trouver morts dans l'utérus maternel.

On le voit, le choix des méthodes à adopter dans le premier cas fixé par de Soyre, était plutôt restreint : céphalotripsie et opération césarienne auxquelles on devait se résoudre, faute de mieux ne donnaient que de très médiocres résultats.

A l'heure actuelle, quel que soit le degré du rétrécissement, en raison des progrès réalisés, soit par l'agrandissement momentané du bassin, soit par la technique de l'opération césarienne, la grossesse ne doit être interrompue que si elle devient un danger pour la mère (Pinard).

Ainsi, une seule fois, à Baudelocque, depuis 1891, l'avortement a été provoqué dans un cas de rétrécissement du bassin chez une femme dont la taille, c'est-à-dire la capacité abdominale ne pouvait permettre le développement de l'utérus jusqu'à terme. Et encore, dans ces cas, ce pronostic est-il très difficile à établir, comme le prouvent les deux observations suivantes, qui démontrent que, dans certains cas et contrairement à toute attente, l'utérus peut passer entre les côtes et le bassin, sortir du ventre, et se développer en retombant sur les genoux.

OBSERVATION.

La nommée C..., primipare, entre à la clinique Baudelocque le 17 octobre 1894.

Rien de particulier comme *antécédents héréditaires*.

Elle ne sait pas à quel âge elle a marché, mais elle dit avoir fait une chute à trois ans, et depuis cette époque elle aurait eu de la difficulté à marcher jusqu'à 7 ans; elle garda le lit jusqu'à 10 ans, puis, pendant les cinq années qui suivirent, elle fut obligée de se traîner par terre. Actuellement, elle marche à l'aide d'une chaise ou de béquilles.

Lorsqu'on examine cette femme, on constate que le système osseux des membres inférieurs est à peu près normalement développé. La jambe gauche ne peut être étendue sur le plan du lit, la cuisse modérément fléchie sur le bassin, et la jambe ne peut s'étendre sur la cuisse en raison des rétractions tendineuses et musculaires siégeant à la partie postérieure. Les masses musculaires sont peu développées, surtout au niveau des mollets. Les mêmes déformations existent à un degré plus accusé du côté droit: il y a de ce côté une atrophie manifeste, non seulement des masses musculaires, mais du système osseux. Les membres supérieurs paraissent normaux, seules les masses musculaires du bras et de l'épaule sont peu développées. En la découvrant, on constate que depuis la troisième dorsale il existe une courbure très accentuée surplombant le sacrum, à convexité postérieure. La partie inférieure de cette gibbosité se trouve vers la 2^e lombaire. Léger degré de scoliose gauche. Cage thoracique déformée avec saillie du sternum; peu de déformations de côtes. L'abdomen est distendu; il existe dans la région sus-ombilicale une circulation collatérale assez développée.

Elle a eu ses dernières règles du 12 au 25 mars 1892; elle a ressenti les mouvements actifs du fœtus dans le mois de juillet; celui-ci est très mobile, le siège est tantôt en haut, tantôt en bas. Elle entre en travail le 8 janvier 1893 à onze heures du soir; le

9 janvier à 8 h. 10 du matin, la dilatation est complète. On commence l'anesthésie à 8 h. 30, la poche des eaux vient faire saillie à la vulve, on rompt les membranes et M. Pinard commence l'opération.

8 h. 35, Incision de la paroi abdominale.

8 h. 38, Incision de la paroi utérine.

8 h. 40, Extraction du fœtus.

8 h. 41 Application d'une première ligature provisoire.

8 h. 43, Cathétérisme vésical pour s'assurer de l'indépendance de l'utérus et de la vessie.

8 h. 46, Extraction du placenta

8 h. 47, On passe la broche dans le pédicule.

8 h. 49, Ligature définitive passée au-dessous des trompes et des ovaires.

8 h. 53, On renouvelle le cathétérisme.

8 h. 54, Section du pédicule au-dessus de la première ligature qui se détache elle même.

8 h. 59, Premier point de suture à la paroi abdominale avec du fil d'argent fort; cinq sutures profondes au dessus du pédicule, 9 superficielles et 3 au dessous du pédicule.

9 h. 30, Fin de l'opération et du pansement.

Le 23 janvier, on enlève les fils; la température est toujours restée normale depuis l'opération. Le 8 février a lieu la chute du pédicule

Le fœtus du sexe masculin pèse 3,450 gr. à sa naissance, et 3,820 gr. à sa sortie.

La mère quitte l'hôpital le 25 février.

OBSERVATION de M. GUIGNARD, professeur à Angers. — *Vice de conformation du bassin. — Bassin oblique ovalaire (observation recueillie par M. TANIN, interne du service.)*

Le 21 février 1860, on apporte à la maternité d'Angers la nommée Marie A..., âgée de 20 ans, relieuse; elle nous a dit être déjà accouchée une fois à terme d'un enfant vivant.

Cette fille d'apparence lymphatique, mais cependant fortement constituée, sans difformité extérieure, éprouve les douleurs d'accouchement depuis le 20 février à 11 heures du soir. La sage-femme ne constate aucun commencement de travail à 4 heures du matin, à 6 heures la dilatation du col commence ; elle est complète à 10 heures, la poche des eaux s'est rompue à 8 heures. On constate une présentation du sommet sans qu'on puisse déterminer la position, la tête étant encore très élevée et mobile au-dessus du détroit supérieur ; le soir M. le docteur Guignard fit une application de forceps qui, malgré les efforts énergiques auxquels il se livra, resta sans résultat. Bain de siège émollient, 0,10 centigr. de morphine en potion, vin de Bordeaux, bouillon.

Le 22, la nuit a été calme, les douleurs éloignées portaient dans les reins ; à la visite, M. le docteur Guignard constata une position *mento iliaque droite*. Soupçonnant un retrécissement du bassin, il le mesura avec le pelvimètre de Baudelocque qui donna un diamètre antéro postérieur de 90 mm. déduction faite des parties molles. MM. les docteurs Juvet et Cartonnet, appelés en consultation, ne se rangèrent pas à l'avis de M. Guignard qui proposait la craniotomie et il fut décidé qu'on attendrait jusqu'au soir. 2 gr. de seigle ergoté furent donnés en quatre prises à 20 minutes d'intervalle ; ils furent vomis et restèrent sans effet.

A 4 heures du soir, l'accouchement n'avait pas avancé ; l'état général de la patiente s'était aggravé ; elle souffrait beaucoup, elle était abattue, le pouls petit, fréquent ; les parties génitales étaient le siège d'une tuméfaction œdémateuse considérable. Devant cette situation grave, l'absence des bruits fœtaux à l'auscultation, et l'expulsion du méconium avec les eaux faisant soupçonner la mort de l'enfant, les consultants de nouveau réunis, se décidèrent pour la craniotomie qui fut pratiquée par procédés ordinaires (ciseaux de Sinellie) par M. le docteur Guignard. Le forceps, appliqué et articulé avec assez de difficulté, ne tarda pas à déraiper sans avoir fait avancer l'accouchement. La

version fut alors tentée, mais, malgré les essais successifs et répétés des opérateurs, il leur fut impossible d'arriver jusqu'aux pieds.

La malade fut alors endormie par le chloroforme, des tractions furent essayées sur le fœtus avec la main et avec des crochets mousses, mais elles furent infructueuses.

Une nouvelle application de forceps fut faite assez facilement ; après des tractions énergiques et prolongées, pendant lesquelles il sortit encore une grande quantité de matière cérébrale, on amena enfin la tête hors de la vulve ; mais tout n'était pas fini, il fallut encore des efforts considérables pour dégager le reste du tronc. A 7 heures du soir, après trois heures des manœuvres les plus pénibles, l'accouchement était terminé. L'enfant du sexe masculin était volumineux, mort déjà depuis plusieurs jours.

La délivrance fut faite un quart d'heure après sans difficulté et sans accident.

Le 23, nuit assez calme, un peu de délire, le poulx est imperceptible, grande faiblesse de la malade, le ventre non douloureux est ballonné, la malade vomit tout ce qu'elle prend, pas de vomissements verts, elle n'a pas eu de frisson violent, mais elle se plaint d'un froid continuel et on ne peut la réchauffer.

Lé 24, aggravation de tous les symptômes précédents ; coloration terreuse de la peau, qui est froide ; lochies peu abondantes, extrêmement fétides, la malade meurt dans la soirée, deux jours après son accouchement qui lui-même avait duré 46 heures.

AUTOPSIE. Le bassin présente une déformation extrême. Il existe une fusion complète du sacrum et de l'os coxal gauche, par suite de l'ankylose de la symphyse sacro iliaque. Le sacrum a subi un arrêt de développement dans toute sa moitié gauche, les trous sacrés antérieurs de ce côté sont rétrécis ; l'os lui-même est dévié du côté ankylosé, de telle sorte que sa face antérieure est tournée vers ce côté. Sa concavité est moindre qu'à l'état normal.

Le promontoire fait dans l'excavation une saillie plus grande

et forme avec la dernière vertèbre lombaire un angle moins obtus. La ligne des apophyses épineuses est oblique de haut en bas et de gauche à droite.

La symphyse pubienne déviée du côté droit se trouve en face de l'articulation sacro iliaque droite, et est oblique à l'angle sacro vertébral.

L'os iliaque gauche est plus petit qu'à l'état normal, il en est de même de la fosse iliaque correspondante qui est plus plane, moins excavée.

La branche ischio-pubienne est plus oblique et par suite plus longue, la tubérosité de l'ischion est plus en arrière et plus élevée qu'à droite ; la grande échancrure sciatique est plus petite, déformée ; la cavité cotyloïde est presque antérieure, elle fait saillie dans l'excavation, l'arcade pubienne est plus élargie à sa partie inférieure, moins haute que dans un bassin bien conformé.

La moitié droite du bassin n'est pas non plus conformée normalement ; l'os coxal droit est plus petit, la fosse iliaque est moins profonde.

L'aspect général du détroit supérieur est celui d'un ovale dont la grosse extrémité est oblique à droite en avant, et la petite à gauche en arrière.

Le petit bassin offre la forme d'un ovale placé obliquement, étendu d'arrière en avant, et de gauche à droite, et dont la petite extrémité correspond à la symphyse sacro-iliaque gauche, et la grosse à la branche horizontale du pubis droit.

Voici les principales dimensions de ce bassin prises sur la pièce anatomique dépourvue de toutes ses parties molles.

Hauteur totale du sacrum et du coccyx.....	130
L'os iliaque droit mesure de la symphyse pubienne à l'épine iliaque postérieure supérieure droite	130
L'os iliaque gauche.....	115
Entre les épines chaque antérieures et supérieures.....	205
Détroit supérieur, diamètre antéro-postérieur.....	95
Diamètre oblique gauche.....	125

Diamètre oblique droit	90
Circonférence	345
Excavation, diamètre antéro-postérieur.	105
Excavation, diamètre transverse.....	100
Détroit inférieur, diamètre antéro-postérieur.....	125
Détroit inférieur, diamètre transverse	105

CHAPITRE II

Albuminurie gravidique. — Eclampsie.

Parmi les états graves dépendant de la grossesse, il nous faut en premier lieu citer l'albuminurie gravidique.

C'est une auto-intoxication, conséquence d'un trouble fonctionnel du rein, en général assez aigu, prouvée par la diminution de la toxicité des urines, ainsi que l'ont démontré les belles recherches du professeur Bouchard ; trouble fonctionnel qui est lui-même dans le plus grand nombre des cas sous la dépendance d'altérations aiguës ou subaiguës du parenchyme rénal.

De plus, dans tous les cas d'accès éclamptiques, on rencontre la même lésion du foie (1) qui présente des taches d'un rouge lie de vin plus au moins foncé se détachant sur le fond jaune de l'organe. — Ces taches ont une étendue variable, allant du simple piqueté hémorrhagique à l'hémorrhagie en nappe, couvrant une surface quelquefois considérable.

Le foie présente ainsi un aspect tigré tout particulier.

A la coupe, le foie est jaune sans être gras ; en général ces dilatations hémorrhagiques se font aux environs de l'espace porte, le long des ramifications des vaisseaux portes. — Il se forme ainsi, sous l'influence très proba-

(1) Communication de MM, Bouffe de St-Blaise et Pilliet à la Société obstétricale de France, 1894.

blement des microbes spéciaux décrits par M. Herrgott de Nancy, un poison convulsivant qui peut ainsi agir directement sur le système nerveux.

Il semblerait que, survenant presque exclusivement pendant la dernière période de la grossesse, cet état soit plutôt justiciable de l'accouchement prématuré artificiel que de l'avortement provoqué. — Cependant Danyau (le père), Cazeaux, Depaul, Chailly citent des observations d'avortement provoqué dans ce cas et De Soyre en a lui-même observé un. Mais il est d'avis que l'on ne doit pas, dans ce cas, provoquer l'avortement, qui, le plus souvent se produit de lui-même et que l'éclampsie ne se montre qu'au moment de l'expulsion de l'œuf. — Cazeaux, d'ailleurs, repousse l'avortement dans tous les cas où « il n'existe pas d'obstacle mécanique à l'accouchement ». Nous aurons l'occasion de revenir sur son avis.

De Soyre admet cependant que l'albuminurie tenace sans accès confirmée peut nécessiter d'interrompre la grossesse, et il cite à l'appui de cette opinion, deux observations de Jacquemier, dans lesquelles l'avortement fut nécessité par l'albuminurie compliquée de troubles oculaires profonds.

Pourtant, le part plus sage, à son avis, sera d'essayer, par un traitement approprié, de gagner le terme de la grossesse où le fœtus étant viable, on puisse espérer de le faire naître vivant.

« Mais si on se trouve en présence de cas où la mère est menacée par l'albuminurie et que, malgré tous les efforts médicaux, les accidents n'aient pas diminué d'in-

tensité, c'est alors un cas de force majeure, et il faut bien se décider à l'avortement. »

Quels seront donc ces moyens médicaux qui pourront nous faire espérer de voir souvent disparaître, ou tout au moins considérablement s'atténuer, les accidents de l'albuminurie des femmes enceintes ?

En premier lieu, il nous faudra avoir une connaissance exacte de l'état des femmes pour lesquelles nous serons consulté : Nous devons donc systématiquement examiner leurs urines, et si nous y découvrons de l'albumine, doser cette albumine le plus exactement possible pour avoir dès le premier jour, un point de comparaison.

Il est entendu que nous serons renseigné sur les grossesses précédentes et saurons si elles se sont passées sans accidents, si pendant leur durée on a recherché l'albumine, si on en a trouvé, si des attaques d'éclampsie se sont manifestées.

Or, il importe de savoir que le retour des accès éclamptiques dans l'albuminurie gravidique est une chose rare, et que Olshausen (1), sur 200 cas, avait noté que 2 fois seulement les femmes avaient déjà eu des convulsions. De même, l'albumine qui est en général en grande quantité dans les urines peut s'y trouver parfois (4 fois sur 168, dans la même statistique) à l'état de trace seulement. L'ictère fut constaté 2 fois. Enfin, comme nous allons le voir, l'apparition de l'éclampsie sans albuminurie prémonitoire est possible.

(1) R. OLSHAUSEN. *Samml. klinisch. Vorträge*, 1892, n° 36. p. 325.

Ici encore, c'est moins la légitimité de l'avortement provoqué que la possibilité de l'éviter dans la presque totalité des cas, que nous allons nous efforcer de démontrer en essayant de prouver que le seul traitement prophylactique et médical suffira, on peut dire, presque toujours.

Dans la séance du 7 février 1893, M. le professeur Pinard, après avoir rappelé à l'Académie de médecine, au cours d'une discussion sur ce sujet, qu'il a été témoin des premières expériences de M. Tarnier, expose quel traitement il estime rationnel dans le cas d'éclampsie.

Le régime lacté comme traitement prophylactique — « et ce qu'il a vu alors, comme ce qu'il a constaté depuis dans sa propre pratique n'on fait que lui en démontrer la merveilleuse efficacité ».

Sur 61 femmes pouvant être considérées comme de grandes albuminuriques (lésions placentaires), parmi 5000 femmes enceintes qui se présentèrent à la clinique Baudelocque de 1889 à 1894, toutes furent soumises au régime lacté et aucune n'eut d'accès éclamptique.

Le professeur Pinard a observé 3 cas d'éclampsie sans albuminurie, mais ce sont là des exceptions ; il coexiste, en tous cas des prodromes connus (céphalalgie, troubles de la vue, dyspnée, œdèmes, etc).

« Somme toute, le régime lacté absolu empêche les accès éclamptiques de se produire, fait disparaître souvent l'albumine des urines pendant la grossesse, en diminue la quantité toujours. Quant au traitement de l'éclampsie confirmée, jusqu'à présent, ce qu'il y a de mieux, ce sont les anesthésiques, chloroforme et chloral.

A l'action du lait, on ajoutera tous les moyens qui peuvent remplacer un émonctoire insuffisant : tels que : la transpiration par le surchauffage de la chambre, les bains, les vêtements de flanelle.

On fera fonctionner l'intestin par des purgatifs drastiques répétés, etc.

Faut-il pratiquer la saignée ?

Non seulement le sang, mais les tissus sont saturés de toxines, qui bien vite retourneront en partie au sang se mélangeant toujours avec lui dans des proportions à peu près semblables.

On pourrait plutôt injecter dans les tissus, pour diluer les toxines et favoriser leur élimination plus rapide, une certaine quantité de sérum. M. le Professeur Pinard qui, a plusieurs reprises, injecte 50 gr. de sérum, s'est bien trouvé de cette méthode.

Quant au traitement consécutif, il consistera en une antisepsie plus sévère que jamais, mais, *dans aucun cas*, on n'aura recours à l'accouchement forcé.

Il importe d'autre part de s'efforcer de soustraire la femme enceinte albuminurique à toute chance de refroidissement.

Tel est le traitement général proposé par le professeur Pinard, adopté à la clinique Baudelocque, où chacun peut constater les merveilleux résultats qu'il donne.

Beaucoup d'auteurs lui ajoutent des compléments : les uns (Gueniot, G. Weit ; Olsheim), insistant sur l'importance capitale de l'hypérexcitabilité des reflexes, recommandent d'éviter soigneusement tout ce qui peut les provoquer, même le traumatisme le plus léger : la palpation

abdominale ; les piqûres (si l'on se croyait obligé de recourir aux piqûres de morphine dans les cas d'éclampsie confirmée) et à plus forte raison de l'accouchement forcé, toutes causes pouvant déterminer des accès.

J. Robin recommande les saignées locales, les inhalations d'oxygène, l'acide benzoïque et salicylique, comme solubilisant les substances toxiques.

M. Jaccoud a coutume, dès la constatation de l'albuminurie chez une femme enceinte, d'instituer le régime lacté exclusif et de le maintenir jusqu'après l'accouchement.

Nous avons vu quelle était la conduite à tenir en présence de l'éclampsie confirmée.

De ces considérations, il résulte une fois de plus, que, dans ce cas encore, il nous est permis de renoncer d'une façon presque absolue à l'avortement provoqué. L'établissement d'un régime lacté sévèrement suivi, l'observance des quelques précautions que nous venons d'énumérer, permettront, une fois encore, d'éviter cette déplorable extrémité. Cependant, des cas rebelles pourront se présenter, et M. le Professeur Pinard a établi, ainsi qu'il suit, la conduite à tenir dans un pareil cas :

Quand, chez une femme enceinte, primipare ou multipare, on a constaté l'existence d'une albuminurie grave (anasarque, troubles persistants de la vue, épistaxis incoercibles, urémie gastro-intestinale, dyspnéique, etc., et que, sous l'influence du régime lacté absolu continué pendant huit jours au moins, l'albimunirie ne diminue pas, ou continue à faire des progrès, alors que les autres symptômes s'aggravent, on doit, dans l'intérêt de la mère, interrompre le cours de la grossesse ».

OBSERVATION recueillie dans le fonctionnement de la clinique Baudelocque (1845). — *Femme albuminurique. — Avortement provoqué. — Guérison.*

La nommée S..., Hpare, 25 ans.

Première grossesse en 1894, accouchement prématuré à 8 mois, fœtus macéré. Les renseignements manquent.

Grossesse actuelle. — Dernières règles fin d'avril.

Hauteur de l'utérus, 20 centim.

Au cours de la grossesse, céphalées fréquentes et violentes.

Douleur épigastrique. OEdème peu accusé de la face et des membres inférieurs.

Les urines contiennent une quantité énorme d'albumine.

Le fœtus se présente par le sommet en droite transverse; il est vivant.

A son entrée dans le service, la femme est dans un état d'agitation peu accusé. Régime lacté, purgatif. Le lendemain matin l'agitation est beaucoup plus considérable.

La céphalalgie est intense ainsi que la douleur épigastrique.

La malade ne peut distinguer aucun objet, elle vomit tout le lait qu'elle ingère, on lui donne du chloral en potion; mais elle continue à vomir et expulse également le chloral qu'on veut lui administrer par la voie rectale. M. Pinard conseille de lui faire boire du képhir, ainsi que du chloral en potion; de lui faire prendre un bain d'une heure et d'injecter dans le tissu cellulaire 300 gr. de sérum salin stérilisé.

Vers 2 heures et demie, l'agitation croît; perte de connaissance.

Le soir à 6 heures, température 38° 2, pouls 128. La malade a uriné en petite quantité; on lui applique dans la région lombaire six ventouses scarifiées; il découle par cette voie, 90 gr. de sang.

A 9 heures du soir, l'état de cette femme était de plus en plus grave. M. Bouffe introduit dans l'utérus un ballon de Champetier,

d'une contenance de 140 gr. (La femme est anesthésiée pendant cette manœuvre). Au moment de l'introduction du ballon) les membranes se rompent, il s'écoule une certaine quantité de liquide amniotique normal. Dans le courant de la nuit, on cesse de percevoir les bruits du cœur.

La malade est toujours extrêmement agitée, pousse des cris ; on continue à lui faire prendre du chloral et du képhir.

Le 23 novembre, à 9 heures du matin, expulsion du ballon et aussitôt on voit sortir du vagin le cordon puis la tête. Après l'expulsion du fœtus, la malade se calme et reprend connaissance ; elle reste assez calme pendant environ une heure, puis s'agite à nouveau et perd connaissance.

La période de délivrance se prolonge, mais la femme ne perd pas de sang.

A 1 heure, le placenta étant toujours adhérent, Mlle Rose fait donner du chloroforme à la malade et pratique la délivrance artificielle, puis une injection intra-utérine très chaude et prolongée, nécessaire pour arrêter un écoulement sanguin continu et assez abondant.

Le fœtus mort pèse 870 gr.

Le lendemain de l'accouchement, la malade reprend connaissance, elle est plus calme ; ses douleurs de tête sont plus supportables.

L'urine contient encore 8 gr. d'albumine.

Le régime lacté est continué, l'albumine diminue et a complètement disparu le 2 décembre.

Suite de couches normales.

La femme quitte le service en très bon état, le 4 décembre.

OBSERVATION I. — *Albuminurie gravidique.* - *Avortements provoqués au cours de 4 grossesses successives.* — *Guérison rapide chaque fois.* — D^r M. MARTIN ; *Medic. society of the county of Kings, 21 novembre 1876.*

Après avoir mené à bien 2 grossesses, la malade redevient enceinte en 1871. — A la fin du 8^e mois, apparition de convulsions. Accouchement prématuré : enfant vivant. Disparition de l'albuminurie 5 semaines après la délivrance.

En 1873, nouvelle grossesse, albuminurie, troubles de la vision céphalalgie. On essaie sans succès le traitement médical. Provocation de l'avortement au 3^e mois de la grossesse.

A la première tentative, les symptômes urémiques cessent ; et, dès les premières contractions, l'albuminurie disparaît.

En 1875 autre grossesse. — Albuminurie : symptômes urémiques. Avortement provoqué à 2 mois. Guérison.

En 1876, autre grossesse : dès le début, albuminurie intense ; symptômes urémiques. Provocation de l'avortement : Guérison rapide : 25 jours après la délivrance, plus de trace d'albumine.

OBSERVATION II. — *Rétinite albuminurique.* - C. S. REYERSON. *Med. record, 21 mars 1888.*

Femme de 21 ans. Au 4^e mois de la grossesse symptômes urémiques : diminution de la vue, et signes ophtalmoscopiques de rétinite.

On propose de provoquer l'avortement, ce qui est refusé, 3 semaines plus tard, éclampsie. On fait l'avortement. La vue se répare, il ne reste que quelques taches légères sur la rétine. La même année, la malade redevient enceinte, les troubles de la vue se reproduisent ; au 4^e mois, attaques convulsives, coma et mort.

CHAPITRE III

Vomissements incoercibles.

Gueniot, dans sa thèse d'agrégation (1863) divise ainsi qu'il suit les vomissements de la grossesse :

1° Les vomissements simples ou bénins, heureusement de beaucoup les plus ordinaires.

2° Les vomissements graves qui retentissent d'une manière plus ou moins sérieuse passagèrement sur la santé de la femme, mais qui cèdent assez promptement à nos moyens rationnels de traitement.

3° Enfin, les vomissements incoercibles, les seuls qui vont nous occuper — qui menacent plus ou moins prochainement l'existence de la femme, et qui se montrent absolument, ou seulement pendant un temps plus ou moins long — rebelles à tous nos moyens thérapeutiques.

Dubois a considéré que l'on pouvait diviser, en trois périodes distinctes, la marche des vomissements incoercibles :

La première période débute rarement d'une manière brusque. — Il semble que ce sont des vomissements simples de la grossesse avec un peu plus de fréquence dans leur répétition et un retentissement un peu plus marqué sur l'économie. Quant à l'époque de leur apparition, elle est des plus variables — ils peuvent se montrer dès les

premières semaines de la grossesse ou ne survenir que dans ses derniers mois.

Il est impossible de fixer l'époque à laquelle les vomissements prennent le caractère d'incoercibilité ; cependant, à cette période, ils s'annoncent par un état nauséux et par une violence et une fréquence insolite. Ils reviennent non seulement le matin et après les repas, mais ils se répètent dans la journée sans que le plus léger aliment ou la plus petite quantité de boisson les ait provoqués. — Souvent, de cette période, dégoût absolu de tous les aliments, qui sont rejetés aussitôt ingérés. Quelquefois ptyalisme presque continu. Conséquence, retentissement grave sur la santé générale — rapides progrès de l'amaigrissement, diminution des forces, et quelquefois léger mouvement fébrile le soir.

La deuxième période est caractérisée par l'intensité des symptômes de la première période, et principalement par l'état fébrile qui devient presque continu et s'accroît de plus en plus....

Les vomissements sont continuels et douloureux et ne donnent qu'un peu de bile verdâtre. L'eau même n'est pas tolérée par l'estomac ; maigreur et faiblesse considérable.

La troisième période est essentiellement caractérisée par des troubles cérébraux et sensoriels : le délire et le coma. L'épuisement des forces est porté à ses dernières limites ; pouls presque imperceptible ; troubles de la vue qui peuvent devenir considérables ; aller même jusqu'à une cécité presque absolue. La femme, somnolente, entre peu à peu dans le coma et succombe.

C'est là, certes, avec les hémorrhagies, la complication

la plus redoutable de la grossesse, et Gueniot avait, sur 118 cas, constaté 46 morts !

Avons-nous donc, avec l'avortement provoqué, un moyen de remédier à cette terrible affection ?

Tel n'était pas, du moins, l'avis de Cazeaux, qui, partisan déterminé de l'avortement provoqué dans les cas d'angustie pelvienne, avait, au sujet des vomissements incoercibles, une opinion tout aussi arrêtée ;

On ne devait pas interrompre la grossesse, dans les cas de vomissements incoercibles, d'abord, parce que cette complication pathologique de la grossesse cessait fréquemment d'elle-même ; que l'avortement ne procurait pas toujours le résultat attendu de lui — et que, de plus, l'intervention ne pouvait se pratiquer suivant des règles précises.

Et d'abord, est-ce bien la grossesse qui est la cause première de cet état — n'est-il pas, également, lié en partie à certaines déviations de l'utérus accentuées par la grossesse — ou qui, tolérées lorsqu'il est à l'état de vacuité, provoquent ces vomissements lorsqu'il renferme un œuf en voie de développement. Quels seront ensuite les traitements rationnels de cette affection. — Quels résultats permettront-ils d'obtenir ?

Tous les traitements médicaux ont été expérimentés — nous devons avouer que presque tous ont été employés sans succès.

On ne saurait nier qu'une bonne hygiène, un régime doux strictement observés, sinon permettent d'obtenir une guérison, du moins empêchent l'affection de faire de trop rapides progrès.

On ne saurait non plus condamner les révulsifs, les calmants, comme la belladone, les antiphlogistiques, les narcotiques, les sédatifs, *la glace*, mais on ne devra pas fonder d'espoir bien sérieux sur toute cette thérapeutique.

C'est donc à l'avortement provoqué qu'il nous faudra recourir malgré l'opinion de Cazeaux ?

Mais, les vomissements cesseront-ils avec la grossesse, sont-ils liés à un état pathologique précis ? C'est ce que nous allons examiner.

N'existe-t-il aucune autre intervention qui puisse nous permettre d'attendre que le fœtus soit arrivé à terme, du moins à viabilité, en conservant sa vie ?

Mais auparavant, qu'il nous soit permis de faire une remarque :

Souvent, nous n'osons pas dire presque toujours, on observe chez les femmes qui présentent des vomissements incoercibles, un état nerveux particulier, accentué. Souvent encore, on lira dans leurs observations des renseignements comme celui-ci : « une telle, très nerveuse, présente la boule hystérique, mais n'a jamais eu de grandes attaques ». « Une telle, à eu entérieurement des attaques qui, d'après la description qu'elle en donne devaient être des crises d'hystérie », etc.

Beaucoup de ces femmes, en effet, sont des nerveuses ; et c'est là, à notre avis, une des grandes raisons pour lesquelles on a des autopsies négatives, ou des cures merveilleuses comme celle rapportée par M. Doléris « où les vomissements cessent à la troisième application de l'électrode... Mais on s'aperçoit ensuite que la pile ne marchait pas, et que le traitement n'a agi que par sugges-

tion ». C'est également l'avis de M. Budin ; et, à propos du traitement par l'électricité, il nous paraît que son action doit être bien souvent morale, raison qui n'est d'ailleurs point pour nous faire rejeter cette thérapeutique.

Bien au contraire, nous insisterons, après M. le Professeur Pinard, sur les grands avantages que l'on pourra retirer d'une suggestion habile. On devra, toutes précautions médicales prises, et le régime lacté institué, cela va de soi, essayer de distraire la malade, changer son entourage au besoin, et lui persuader que son affection est curable ; va guérir ? — Si nous nous trouvons en présence d'un cas rebelle ? Est-ce alors à l'avortement provoqué que nous allons recourir. Nous y serons malheureusement contraint quelquefois, et, tous les traitements essayés, que nous venons d'énumérer, nous provoquerons d'abord la dilatation du col sans nuire au fœtus. On a obtenu dans ces cas quelques guérisons.

OBSERVATION. — *Vomissements incoercibles arrêtés par la dilatation prolongée sous menaces d'avortement.* — S. BONNET, *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1894. Tom. 42, p. 47.

X..., 22 ans, a eu 2 grossesses antérieures ; la 1^{re} arrêtée à terme, la seconde interrompue à 4 mois pour vomissements incoercibles. Survient une 3^{me} grossesse qui se complique dès les 1^{er} jours de vomissements incoercibles, amaigrissement rapide, perte des forces, fièvre. En présence d'un état général aussi grave il fut résolu de provoquer l'avortement. Et, dans ce but, on procéda à la dilatation avec des tiges de laminaire, longues de 6 cent., toutes précautions antiseptique étant prises. Or, une 1^{re} tige de laminaire ayant été introduite, les vomissements s'arrêtèrent pour ne reparaitre qu'après suppression de la tige.

On procéda successivement 4 à 5 fois à la dilatation avec des tiges de laminaire de plus en plus nombreuses (jusqu'à 5 tiges qui restèrent en place 3 jours), et chaque fois les vomissements cessèrent. Du reste, ils ne se reproduisirent plus à partir du 9^{me} jour, depuis le début de la dilatation. Jamais il n'y eut de contractions utérines du fait de la présence de la laminaire. La santé générale se remit complètement, et la femme accoucha *à terme* d'enfant vivant et parfaitement constitué.

Nous provoquerons donc l'avortement si les vomissements persistent — à quel moment nous faudra-il intervenir ?

Pas trop tard; car si nous avons laissé la cachexie s'établir, le mal sera à peu près irréparable; aussi tous nos maîtres insistent-ils sur la nécessité d'une intervention prompte dont ils fixent la date à la fin de la 2^e période de Dubois, avant un affaiblissement extrême et l'apparition des phénomènes nerveux.

La nature d'ailleurs se charge assez souvent de cette opération : l'avortement spontané se produit et les vomissements peuvent cesser et la malade revenir à la santé; mais le plus souvent, lorsque le fœtus est spontanément expulsé, il était trop tard pour intervenir, et, après avoir enfanté un fœtus mort, la mère succombe à son épuisement général.

Lorsque l'expulsion est provoquée, les vomissements cessent le plus souvent dès que l'avortement a eu lieu, et un mieux sensible se produit dans l'état général; dans d'autres cas, les vomissements ne cessent que plusieurs jours, quelquefois même plusieurs semaines après l'intervention, dans d'autres cas enfin,

malgré l'avortement, la maladie poursuit son cours, et la mère succombe, comme il en aurait été d'ailleurs, très probablement, si l'on s'était abstenu — bien que, — et ceci vient encore à l'appui de l'opinion que nous émettions tout à l'heure — sans cause connue, d'eux-mêmes et subitement les vomissements puissent cesser, le cours normal de la grossesse être repris, et le fœtus arriver à terme. Mais l'on comprendra facilement qu'il est impossible de se baser sur une telle éventualité, rare d'ailleurs; et, si les moyens médicaux, y compris l'électricité, échouent, c'est à l'avortement provoqué qu'il nous faudra avoir recours à la période fixée. — Il est d'ailleurs universellement adopté en cette circonstance.

OBSERVATION recueillie dans le *Fonctionnement de la clinique Baudelocque* (1893) (1083). *Vomissements incoercibles. Néphrite. Myocardite. Avortement provoqué.*

La nommée B..., Illpare entrée le 14 juin.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 69 ans, mère bien portante.

Réglée à 12 ans régulièrement.

Première grossesse en 1887. Accouchement spontané à terme. Enfant vivant.

Pendant cette première grossesse, vomissements, crachements de sang, dyspnée.

Deuxième grossesse en 1888, terminée par un avortement de quatre mois.

Mêmes accidents que pendant la première grossesse.

Au mois de mars 1894, néphrite, albuminurie, essoufflements, maux de tête, œdème, etc. A cette époque on fait le diagnostic d'endocardite.

Grossesse actuelle. — Dernières règles, 16 avril. Les vomissements se montrent de bonne heure, alimentaires d'abord, puis bilieux, jaunâtres ensuite ; ils sont incessants. La salivation est excessivement abondante, dyspnée fréquente.

A l'examen : téguments pâles, pas d'œdème aux membres inférieurs, bouffissure légère du visage, et de la face dorsale des mains.

A l'auscultation du cœur, irrégularité des battements. Après quelques révolutions précipitées, les battements cessent pendant quelques secondes, puis recommencent de nouveau à être très fréquents. Insomnie.

Poumons : Des râles de congestion dans toute l'étendue des deux poumons, plus marqués à gauche.

La palpation du foie est très douloureuse. Cet organe déborde de deux bons travers de doigt les fausses côtes.

La malade est soumise au régime lacté absolu.

On lui administre le soir un lavement contenant 4 gr. de chloral.

Du 29 au 30 juin, l'état s'aggrave beaucoup. Cyanose, œdème généralisé.

Le 1^{er} juillet, M. Pinard décide, devant l'état aussi inquiétant de cette femme, de provoquer l'avortement. Introduction du ballon Tarnier.

Il se produit quelques contractions douloureuses, mais elles disparaissent bientôt.

Un peu plus tard, on constate que le ballon a éclaté ; on introduit un deuxième ballon Tarnier distendu avec 40 gr. de liquide. Contractions pendant toute la nuit. Le 2 juillet, en pratiquant le toucher, à plusieurs reprises, on constate que le ballon tient et on laisse les choses en l'état.

A 1 heure du matin, le 3 juillet, le ballon est expulsé spontanément.

On introduit immédiatement un ballon Champetier petit modèle, que l'on distend avec 60 gr. de liquide.

Les contractions deviennent ensuite très énergiques et conti-

nuent ainsi jusqu'à 1 heure du soir (3 juillet), heure à laquelle le ballon et l'œuf entier sont expulsés. Injection intra-utérine.

L'État général ne s'améliore pas. La dyspnée persiste ainsi que la cyanose.

Quelques jours après, les symptômes s'aggravent encore, ascite, œdème généralisé, et la malade quitte le service, sur sa demande expresse et celle de son mari, le 9 juillet. Morte quelques jours après chez elle.

Dans la séance de février 1894, M. Loviot rapporte le cas suivant :

Vomissements incoercibles de la grossesse apparaissant un mois et demi après la cessation des règles, une semaine après les vomissements simples. Ictère dès le début des vomissements simples et pendant toute la durée des vomissements graves. Accumulation des matières stercorales simulant une tumeur des annexes gauches. Discordance entre le pouls et la température. Température se maintenant constamment à 38° 4 avec 140 pulsations, malgré la coexistence de l'ictère. Rétroflexion de l'utérus grande, point de départ des réflexes stomacaux. Perte considérable de poids subie par la malade au moment de l'intervention. Avortement provoqué réalisé en 24 heures. Excellent résultat obtenu par le lavage de l'estomac après l'intervention.

Après la communication de cette observation, M. Guéniot, sans critiquer le cas particulier, pense qu'il ne faut pas recourir trop facilement à l'avortement provoqué. Peut-être une simple réduction, même forcée, de la matrice eut-elle transformé les vomissements incoercibles en vomissements simples et sauvé la grossesse, ce qui est le but de l'accoucheur.

OBSERVATION. — *Vomissements incurables guéris par le décollement artificiel d'une partie de l'œuf.* (Madame CALLÉ, sage-femme en chef de la clinique d'accouchement, tirée sur la thèse de GUENIOT).

En 1861, Madame Callé fut appelée auprès de Madame X..., qui était entrée à deux mois et demi ou trois mois d'une troisième grossesse. Cette dame éprouvait depuis un mois des vomissements opiniâtres, et, depuis 15 jours, elle ne pouvait supporter ni aliments ni boissons. Son médecin avait essayé inutilement tous les moyens préconisés en pareil cas. La malade était d'une pâleur et d'une maigreur remarquables ; elle parlait difficilement, et faisait continuellement des efforts pour vomir. Le poulx était petit et fréquent, la peau était sèche et brûlante, et par moments il y avait de petits frissons.

L'utérus avait le volume ordinaire qu'il présente à cette époque de la grossesse et le toucher ne présentait rien d'anormal.

Appelés en consultation, MM. P. Dubois et Danyau voulurent essayer encore les moyens déjà employés, avant d'avoir recours à l'avortement provoqué. Comme ces remèdes n'avaient aucun résultat, et comme la malade s'affaiblissait de plus en plus, M. Dubois résolut de pratiquer l'avortement.

Après l'introduction deux fois répétée de la sonde utérine pour le décollement de l'œuf, la malade était si fatiguée, que l'on craignait pour sa vie. Elle s'endormit, et à son réveil elle put prendre, sans le rejeter, un peu d'eau froide, puis un peu de bouillon, et cependant aucun travail ne s'était manifesté du côté de l'utérus. Peu à peu l'alimentation put se faire, et au bout d'un mois elle alla passer sans accident 15 jours à la campagne.

Deux jours après son retour, le travail se déclara, et elle avorta d'un œuf entier, sur lequel on remarquait les parties qui avaient été décollées et celles qui étaient restées adhérentes.

Ce qu'il y a de remarquable dans cette observation, c'est la cessation des vomissements aussitôt après les tentatives d'avortement, quoique le produit de la conception soit resté encore pendant 6 semaines dans l'utérus.

La rétroversion utérine se produit dans les premiers temps de la grossesse. C'est une affection très grave « en premier lieu par la rétention de l'urine, des matières fécales au-dessus et au-dessous de l'utérus rétroversé; en deuxième lieu, par les douleurs lombaires, enfin à cause des phénomènes généraux qui accompagnent la distension de la vessie et de l'intestin.

Des accidents extrêmement sérieux peuvent se produire qui ne permettent pas de temporiser. On devra d'abord essayer de tous les moyens possibles de réduction, et si l'on échoue, pratiquer l'avortement, car l'utérus et la vessie comprimés peuvent se gangréner.

OBSERVATION. — *Primipare à 3 mois de grossesse. — Rétroversion et enclavement de l'utérus; cystite putride gangréneuse; réduction insuffisante. — Avortement provoqué. — Guérison de la femme.*

Le 22 décembre dernier, à 10 heures du matin, arrive en voiture à la maternité, l'épouse D..., âgée de 27 ans, venant d'une commune de la province et adressée à nous par un confrère âgé, instruit et habile.

On nous apprend que la patiente, probablement enceinte de 3 mois environ, éprouve depuis une quinzaine de jours des dou-

leurs et des difficultés pour uriner qui se sont accentuées de plus en plus. Le médecin traitant passait la sonde 2 fois par jour et recueillait d'abord assez d'urine. Puis, les difficultés au cathétérisme ont augmenté au point que, depuis une huitaine de jours, il ne venait plus que quelques gouttes colorées par du sang et très fétides.

L'idée de rétroversion de l'utérus gravide se présente évidemment la première à l'esprit. — Les dernières règles se sont montrées le 1^{er} octobre et la patiente se croit enceinte.

Son état général est mauvais, son aspect misérable indique la souffrance, l'affaiblissement, l'empoisonnement de l'organisme.

Les traits sont tirés ; le teint est subictérique, le pouls est petit et rapide ; il y a tendance au refroidissement, la femme est agitée et se plaint sans cesse. L'hypogastre est gonflé et dur.

Pour soulager au plus vite la malheureuse, nous cherchons aussitôt à évacuer la vessie. La sonde, introduite, déplace sans doute un caillot obsturateur, car subitement arrive un jet violent de liquide infect d'odeur repoussante, épouvantable, dont quelques gouttes, par malheur, nous atteignent au visage et même dans la bouche. Soit dit en passant, cela nous a amené des nausées et des vomissements, une perte complète de l'appétit pendant plus de 24 heures : une véritable intoxication pendant 2 jours.

On arrive à recueillir environ 2 litres de cette urine putride, noirâtre contenant des caillots sanguins décomposés. Ceux-ci viennent à diverses reprises boucher les orifices de la sonde, et empêchent l'urine de sortir ; de sorte que l'évacuation complète du réservoir n'est pas possible. Une tumeur persiste à l'hypogastre formée par la vessie contenant encore des gaz et de l'urine.

Nous faisons placer la femme dans la position genu-pectorale. et cherchons à refouler le fond utérin en haut. Il cède en partie et le col, porté contre les pubis, peut être ramené vers le centre du bassin. Mais l'enclavement n'est pas levé, et la compression

du corps utérin augmenté de volume persiste toujours dans le haut du bassin.

On fait une injection vésicale avec une solution de permanganatè de potasse à 1/4 p. 1000.

Dans l'après-dîner, on continue les mêmes soins ; seulement des caillots viennent constamment boucher les orifices de l'instrument. On essaie des sondes de diverses espèces ; longues, larges, à grosses ouvertures. On cherche à les désobstruer en y poussant de fortes injections. On retire peu et mal. Le liquide continue à être aussi infect et, nauséabond, La malade souffre, se plaint, se déjette énormément. On doit la chloroformer pour arriver à la soigner convenablement.

En présence de l'état de plus en plus inquiétant de la malade, du peu de succès des manœuvres employées, de la situation désespérée du produit de la conception (s'il existe, il a probablement succombé, ou n'en vaut guère mieux), nous jugeons que le seul moyen donnant encore quelques chances de guérison, c'est de hâter l'évacuation de l'utérus qui, du reste, est déjà entré en travail de contraction. Dans ce but, nous plaçons un spéculum de Cuzco et introduisons un tube de laminaria profondément dans le col, puis tamponnons à la gaze iodoformée.

La femme prend un peu de glace, du lait glacé, du vin, on la sonde et on injecte la vessie toutes les 4 heures.

Le lendemain, l'état est stationnaire. L'urine est la même et conserve son épouvantable odeur. On continue régulièrement toutes les 4 heures à passer la grosse sonde à faire une injection vésicale au permanganatè.

On retire la gaze vaginale ; le fil du tube de laminaria casse sous la traction et le tube est tellement loin qu'il est inaccessible. On le laisse et un autre est introduit comme la veille, puis soutenu par un tampon de gaze.

Les douleurs s'accroissent et les eaux s'écoulent pendant la nuit du 24 au 25. Ce jour ci, après avoir retiré la gaze et le 2^e tube de laminaria, on fait des injections cervicales chaudes.

L'urine est toujours trouble et fétide. Elle est moins foncée, et

contient moins de sang, mais assez de pus. On continue le lavage de la vessie.

A 9 h. 1/2 du soir, l'expulsion a lieu.

Le fœtus mesure 13 centim. 1/2 et pèse 55 gr., il était macéré et mort depuis 2 à 3 jours apparemment.

Mlle Janvier introduit la main dans la matrice et va en extraire le placenta et le 1^{er} tube de laminaria qui y était resté, comme nous l'avons dit plus haut. (Poids du placenta, 60 gr.)

Lavages et soins antiseptiques habituels. Seulement, ici, on se sert de permanganate pour les voies génitales comme pour la vessie, pour ne pas compliquer les soins.

Suites de l'opération. — A partir de ce moment, l'état de la femme s'est amélioré ; les forces sont revenues peu à peu. Les urines se sont éclaircies, et leur odeur abominable a bien vite diminué ; de sorte qu'après une couple de jours, elle avait presque disparu.

Seulement, ainsi que nous l'avions prévu dès le 1^{er} jour, la muqueuse vésicale s'est complètement détachée ; un grand lambeau est sorti le 30 au matin, et de petits morceaux ont continué à être expulsés les jours suivants avec des flots de pus. On a persévéré dans les lavages de la vessie avec le permanganate, d'abord toutes les 4 heures, puis 3 fois par jour, puis matin et soir seulement.

Les 1^{ers} jours, la température était abaissée ; il y avait dépression de l'organisme ; le 25, jour de l'expulsion du fœtus, la température est devenue normale ; les 4 jours suivants, elle s'est élevée à 30 et à 40°, sans frisson et avec un état général satisfaisant. Nous avons attribué cette réaction à l'état de la vessie. A partir du 30, jour où la muqueuse vésicale a commencé à sortir, la température a diminué, et elle a repris ensuite son degré ordinaire.

Le 30, on avait, par précaution, fait une irrigation intra-utérine qui n'avait ramené aucun détrit. — Quant aux lavages de la vessie, on les a continués jusqu'au jour de la sortie, mais en diminuant le nombre. Les urines étaient, à le fin, devenues ino-

dores, claires, presque normales ; et la malade qui avait eu un peu d'incontinence après la dangereuse rétention, les évacuait régulièrement et à son gré.

L'épouse D..., est retournée bien portante le 15^{me} jour, c'est-à-dire le 6 janvier 1897.

(*Journal des sages-femmes*, 1^{er} février 1897. M. CHARLES ; (clinique de M. le Professeur), « les détails de cette observation ont été recueillis par Mlle M. Scheren, interne de service »).

Ici une difficulté supplémentaire se présentera, car il peut arriver qu'on se trouve dans l'impossibilité d'atteindre le col de l'utérus. On sera alors obligé de ponctionner l'utérus par le rectum ou par le vagin.

« Les hémorrhagies des 6 premiers mois de la grossesse sont bien plutôt l'indice d'un travail d'avortement qu'un véritable accident menaçant la gestation. » — On les combattra par les injections chaudes faites aussi chaudes qu'elles pourront être supportées — et qui constitueront à peu près le seul traitement rationnel — d'autant plus qu'il arrivera de voir l'œuf expulsé après l'injection. Toutefois, si malgré tous les efforts de l'accoucheur, l'hémorrhagie ne s'arrêtait pas, et si le pouls était plus nombreux que 120, il serait indiqué de vider au plus vite l'utérus. Heureusement, l'hypothèse dans laquelle nous nous plaçons est rare, les hémorrhagies incoercibles de la grossesse étant elles-mêmes peu fréquentes.

L'anémie pernicieuse des femmes enceintes, bien que très rare, doit cependant être citée au nombre des dystocies dues à une maladie dépendant de la grossesse. L'accouchement prématuré et l'avortement provoqué ont été proposés comme remèdes dans cette circonstance, mais

Tarnier et le professeur Pinard « se basant sur la terminaison fatale, même dans le cas où l'accouchement spontané a eu lieu » préférèrent s'abstenir.

Il nous reste à envisager quelle conduite nous devons tenir dans les états graves indépendants de la grossesse, mais exagérés par elle. Ici surtout, il importera d'être circonspect. En premier lieu, il est incontestable que la grossesse influe d'une manière considérable sur certaines affections : que dans certains cas elle précipite leur marche, amenant parfois, et avec une grande rapidité une terminaison fatale qui sans elle ne fut survenue que bien tard ; que, dans d'autres cas, elle a donné le « coup de fouet » terminal à telle maladie chronique : la tuberculose par exemple. Mais, et précisément parce qu'une des plus caractéristiques de la grossesse dans ces cas, sera d'influencer d'une manière excessivement variable suivant la période de l'affection, sa gravité, l'individu qui en est affecté, on devra être doublement réservé et prudent, bien que, dans certains cas, le cancer de l'utérus par exemple, quelques auteurs, Robert Lee, Rosser, Hermann (1), frappés des dangers courus par la femme enceinte, aient nettement conseillé l'avortement provoqué. Au contraire, adoptant les théories de Simpson, M. Bar ne se montre pas partisan de cette intervention et conclut en disant :

« Quand le cancer est susceptible de créer de graves complications au moment du travail, à terme, l'accouche-

(1) LEE, *Medical midwifery*, ROSSER, *Obstetric. transact.* t. XXII, p. 186. HERMANN, *Obstetric. transact.* t. XX.

ment prématuré, l'avortement provoqué ne mettent pas à l'abri de tous les accidents.

Bien souvent, en y ayant recours, on ne fait que sacrifier le fœtus sans bénéfice pour la mère » (1).

Et en effet : il arrive le plus souvent que la nature procède elle-même aux actes nécessaires — et que, spontanément, l'avortement dont on aurait pu discuter la nécessité se produit.

Souvent aussi, malgré les accidents les plus graves, la grossesse n'en parvient pas moins à son terme normal.

Les 2 observations suivantes, empruntées à De Soyre, montrent combien en cette matière on doit se montrer prudent.

OBSERVATION XLIV de DE SOYRE

Une jeune mariée arrivée au 5^{me} mois de sa première grossesse, ayant toujours été d'une très bonne santé, commença à souffrir de violents battements irréguliers du cœur, de l'aorte et des carotides.

Plusieurs praticiens de mérite furent consultés. Ils crurent, d'après la violence des symptômes, qu'il y avait un anévrysme de la crosse de l'aorte.

A mesure que la grossesse avançait, la malade souffrait d'avantage, un accoucheur d'expérience tenta sans succès la provocation du travail prématuré.

Les saignées, la digitale et autres remèdes n'ayant apporté aucun soulagement, tous les médecins qui virent la malade considéraient la provocation du travail comme le seul moyen de salut.

(1) P. GARCIN. Th. de Montpellier, juin 1887.

La dame souffrit tellement durant les 3 derniers mois de sa grossesse, que l'on craignait que quelque événement funeste n'arrivât pendant la délivrance.

Un œdème considérable de la face, des jambes et des bras se déclara quelques semaines avant le terme de la grossesse, avec soulagement momentané de l'affection interne. Le travail se déclara en juillet 1883 et fut parfaitement naturel.

Les palpitations du cœur diminuèrent graduellement et la femme se rétablit complètement (1).

OBSERVATION L DE DE SOYRE

Au mois de mars 1846, M. Dubois reçut d'un de ses confrères de province une lettre dans laquelle était exposée l'observation suivante :

Une jeune femme de bonne constitution, jouissant d'ordinaire d'une excellente santé, âgée de 19 ans, enceinte pour la première fois, et parvenue au troisième mois de sa grossesse, avait été prise 6 semaines avant, d'une chorée d'abord partielle, portant son action uniquement sur les muscles soumis à la volonté. Les spasmes nerveux portèrent consécutivement sur les muscles du thorax. La déglutition, puis la parole, devinrent extrêmement difficiles.

Cependant, les principaux viscères, fonctionnant d'une manière à peu près satisfaisante, l'intelligence restait parfaite ; seulement, on notait que les idées étaient plus enfantines. Il y avait aussi un penchant à la gourmandise. On notait aussi quelques symptômes d'hystérie.

On avait d'abord employé les saignées sans résultat bien avantageux. Deux premières saignées avaient amené un soulagement très momentané ; une troisième ne produisit rien. Des pilules

(1) ROBERT LEE. *Midwifery*.

de méglin et d'autres préparations anti-spasmodiques ne purent être supportées par l'estomac.

On essaya par le rectum, la valériane, le camphre et des bains tièdes et froids, les derniers seuls amenèrent un peu de soulagement, mais toujours momentanément.

En présence de ces accidents dont la gravité augmentait manifestement, et mettait la vie de la malade en danger, que convient-il de faire ?

M. Dubois répondit qu'il approuvait les bains, surtout les bains sulfureux. Et après avoir indiqué quelques moyens nouveaux, il entrevoyait la nécessité de provoquer l'avortement, dans le cas où la chorée gagnerait les muscles non soumis à la volonté ; et, comme nous l'avons noté déjà, la déglutition présentait un commencement d'altération.

Le 6 août 1846, M. Dubois reçut une nouvelle lettre dans laquelle on annonçait que la malade était incomparablement mieux. Les accidents nerveux avaient presque complètement disparu ; la parole, lente encore était plus facile, la déglutition se faisait mieux. Enfin la grossesse suivit toutes ses phases et se termina heureusement (1).

Par conséquent, nous nous abstiendrons, pour le cas particulier de formuler des règles précises, laissant à chaque praticien le soin de juger l'à propos d'une intervention qui nous semble légitime, lorsque la vie de la mère paraîtra directement menacée et que l'on ne croira pas pouvoir espérer d'amélioration.

Dans tous les cas, le praticien ne devra jamais oublier que son rôle, que son devoir, est de chercher par tous les moyens possibles à conserver la vie de l'enfant quelque

(1) *Gazette médicale*, 1843.

sérieusement qu'elle puisse être compromise, tout en sauvegardant la santé de la mère — et jamais il n'aura le droit de faillir à cette règle.

CONCLUSIONS

Nous ne pouvons donner à notre travail de meilleures conclusions que les préceptes formulés par M. le Professeur Pinard :

Ne jamais interrompre la grossesse, quand le développement de l'enfant ne fait courir aucun danger à la mère.

N'intervenir que quand le développement de l'enfant entraîne des dangers de mort pour la mère.

Grâce aux progrès réalisés dans ces vingt dernières années, grâce aux traitements prophylactiques, ces cas deviennent chaque jour moins nombreux ou plus rares.

Vu par le Président de la Thèse :

PINARD.

Vu par le Doyen :

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

Hippocrate, *de Jure jurando*.

Aetii, *mædici græci, contractæ ex veteribus medicinæ tetra biblos*, per J. Cornarium, Lugduni. 1549. p. 961. *Gazette médicale*, 1848, p. 136, 137, 500.

Moschion. *De mulieribus affectibus*.

Avicenne. *Feu*, 3 *trach.*, 2, c. 17.

Cazeaux. *Traité d'accouch.*, 7^e édit., p. 1023.

Denmann. *Introd. à la pratique*, t. 2, p. 224.

Dubois. *Gaz. méd.*, 1843, p. 135. De l'avort. provoqué dans les cas de rétrécissement du bassin, et 1848, p. 84, 120, et W. COOPER; in *Med. observ. and inquiries*, v. p. 271, 1788.

Reisinger. *L'accouch. provoqué avant terme considéré comme moy. import. dans l'art des accouchements* (Leipzig), 1820.

Prospetto. *Della clinica di Università de Pavia*. in *Ann. d'Omo dei*, t. XLV, p. 265, 1828, I et II, 1829.

Sue le Jeune. *Essais historiques sur les accouchements*, t. I. p. 606.

Lauverjat. *Nouvelle méthode de pratiquer l'opérat. cæsarienne*, 1788.

Baudelocque. *L'art des accouchements*, 178, p. 225, t. 2.

Capuron. *Méd. légale*, p. 303.

Dugès. *Manuel d'obstétrique*, p. 216.

Bulletin de la Faculté de médecine, t. 6, p. 224, 1818.

Garimond. *Traité de l'avortement*, p. 252 et suivantes.

Journal général de médecine, t. 98, p. 236, 1827.

Schnellbach. *Du vomiss. sympathique de la grossesse*, th. de Strasbourg, 1847.

- Velpeau.** *Traité élémentaire d'accouchements*, 1829, p. 808.
- Steinbrenner.** 1850, sur l'avort. provoqué. *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. 17, 1851, 1852.
- Stoltz & Schutzenberger.** Avort. pour cause de vomiss. incoercibles. *Gaz. méd. de Strasbourg*. 1850.
- Deguerre.** *De l'avortement provoqué*. Th. de Strasbourg, 1834, n° 1047.
- Brillaud Laugardière.** *De l'avortement provoqué*, 1862.
Dict. de médecine ou répertoire général, t. I, p. 437.
- Noëgele.** *De jure vitæ et necis quod competit medico in partu*.
- Velpeau.** *Gazette médicale*, 27 mars 1852, p. 212.
- Villeneuve.** *De l'avortement provoqué dans les cas de rétréciss. extrêmes du bassin*, p. 30, Marseille, 1853.
- Depaul.** *Dict. encyclopédic.*, article Bassin, p. 520.
- Bégin.** *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. 17, 1851-52.
- Lenoir.** Observations d'avort. provoqué pour la troisième fois avec succès sur une femme dont le diamètre antéro-postérieur droit du détroit supérieur n'avait pas plus de 50 mm. (*Bullet. de l'Acad. de méd.* Tom. XVII, p. 213. 1851-1852. Paris. Rapport par CAZEAUX, page 364. Discussion à laquelle prirent part : P. DUBOIS; DANYAU, CHAILLY, BEGIN, VELPEAU, ADELON, MOREAU, t. XVII, passim. *De l'avort. provoqué dans les cas de rétréciss. du bassin et du canal vulvo utérin*).
- Depaul.** *Dict. encycl. des sciences médic.*, t. VIII. p. 548.
- Dubois.** Thèse de concours, 1834, p. 51 et suiv.
— *Dans les différents cas d'étroitesse du bassin que convient-il de faire?* Th. de Concours, 1834, p. 40.
- Joulin.** *Traité d'accouchements*, p. 1105.
- Schröder.** *Manuel d'accouch.*, trad. Charpentier, p. 234.
- Noëgele & Grenser.** *Traité d'accouch.* Traduct. Aubenas, p. 591.
- StanESCO.** *Recherches cliniq. sur les rétréciss. du bassin*, 5^e tableau, fl. 7.
- Collins.** *Practical Treatise*, p. 359.
- Lauth.** *De l'embryothlasie et en partie de la céphalothrepsie*. Th. de Strasbourg, 1863.

- Guéniot.** *Parallèle entre la céphalotripsie et l'opération césarienne*, Th. de concours, 1866.
- Pajot.** *De la céphalotripsie répétée, sans tractions dans les rétréciss. extr. du bassin*, Paris 1863.
- Rigaut.** *Examen clinique de 396 cas de rétréciss. du bassin*. Th. de Paris, 1870.
- Koeser.** *De adventu sectionis cæcare*, 1841.
- Quarterly Journal Dublin**, 1859, t. 27, p. 408.
- Lenoir** Acad. de méd., 9 déc. 1851. *Union médicale*, 11 déc. 1851.
- Nœgele.** *Des principaux vices de conformation du bassin trad.* Danyau, p. 113, *Gazette des Hôpitaux*, 1862, p. 9.
- Jones.** *Considérations pratiques sur les cas de rétréciss. du bassin*, p. 63.
Gaz. des Hôpitaux, 1865.
Berlin. klin. Wochen, 1869, p. 33.
Peterb. med. Zeit, 1852, vol. 3.
Arch. von Gynæk. vol. III, p. 5r7.
Beitrag zur einer genauen, Rome 1829.
- J. Hull.** (d'après le Dr Barlow.) *Observ.* Manchester, 1794.
- Casati.** *Sulla osteomalacia*, Milano, 1871.
- Robert Lee**; *Les Midwifery*, obs. 25.
- Kilian.** *De spondylolisthesi*, Bonne 1853.
- Lenoir & Tarnier.** *Atlas d'accouchements*, (texte p. 83).
- Kiwisch.** *Die Geburtsk.* 2^e portée, p. 168.
- Seyfert.** *Wiener med. Wochenschrift*, janv. 1853.
Zeitsch. Der Krank, Gesellsch. der Aertzte zu Wiene, 12^e année.
- Rokitansky.** *Handbuch der Pathol. Anat.*, t. 2, 1856, p. 106.
- Scanzoni's.** *Beitrag zur Geburt. und Gyn.*, t. 2, 1835.
Monats f. Geburts, t. XVIII, 1861, p. 441. dito t. 25, p. 465.
- Olshausen.** *Obs. f. Geburts.*, t. XIII, p. 190.
Obs. trans., t. VI, p. 78.
- Didier.** Th. inaug. Strasbourg, p. 25.
- Fehling.** *Arch. de Gynec.*, t. IV, p. I.
- Guéniot.** *Luxat coxo femorales, au point de vue des accouch.* Th. de concours, 1869.

- Behm.** *Monatts, f. Geburst*, t. IV, p. 12.
- Marchant.** *Journal de médecine de Bruxelles*, 1864.
- Harris.** *Amer. Journ. of. obstetric.*, vol. IV, p. 633 et 645.
- Lenoir.** *Atlas compl.*, pages 101, 96, 71, 72, 75.
- Burus.** *Traité d'accouch.*, p. 23.
- Stapf.** *Schmidts, Jahrbuch.*, t. LXXXVII. 1855, n° 8,
Gazette des Hopitaux, 1868, n° 69.
- Mme Lachapelle.** *Pratig. des accouchements*, t. III, p. 381.
Archives de Tocologie, 1875, p. 124.
- Lambert.** *Th. de Paris*, p. 27.
Gazette des Hôpitaux, 1867, p. 375. — 1868, p. 147, 1864.
G. CHANTREUIL. *Du cancer de l'utérus.*
- Puchelt.** *De Tumoribus in pelvi partum impeduntibus.*
- Lauverjat.** *D'une nouvelle méthode de pratiquer l'opération césarienne*, p. 12.
Dict. choisi de méd., p. 81.
- Smellie.** *Obs. d'accouchements*, p. 139.
- Merriman.** *Synopsis*, p. 228.
- Herbiniaux.** *Accouch. laborieux*, t. I, p. 297.
- Baudelocque.** *Traité d'accouch.*, t. 2.
- Moreau.** *Bullet. Facul. méd.*, 1820.
Journal de Græfe G. Walther, t. III, H. III. n° 5.
- Paulet.** *Thèse de Paris*, 1870.
- Treille.** *Tumeurs de l'ovaire*, p. 31.
- Chailly.** *Traité d'accouch.*, p. 341.
- Krause.** *Theorie med. Proxis der Geburtshilfe*, t. 2, p. 77.
- Boinet.** *Monatts of G.*, T. VII, p. 319.
- Macleau.** *Med. and Phys: J.* 1802.
- Spencer Wells.** *Diseases et of the ovaries*, 1865.

Etats graves dépendant de la grossesse.

- Gazette des Hôpitaux*, 1661, 1664.
- Robert Lee.** *Clinical midwifery.*

Depaul. *De l'oblitérat. complète du col de l'uterus chez la femme enceinte.*

Delbet. *Des vomissements opiniâtres pendant la grossesse, des indications qu'ils présentent et spécialement de l'avort. provoqué.* Th. de Paris, 1856.

Dubois. *Union médicale*, 1852.

Gueniot. *Des vomiss. incoerc. pend. la gross.* Th. d'agr., Paris, 1863.

Union médicale, 1852, p. 162; 1848, p. 472, 73, 70. (Laborie).

Merriman. *Medico chirurgic trans*, 1816, London.

Burns. *Midwifery*, p. 254.

Davis. *Obstetrics medicine*, t. 2, p. 879 ou 871?

Ashwell. *On parturition*, p. 194.

Garra vay. *British med. Journal*, oct. 1857.

Harris. *Phil. med. exam.*

Cohnstein. *Über den Werth du Kuntlichen Abortus.* *Arch. gyn.*, t. VI, p. 136.

Monat f. geb. T. 1858, p. 100.

Salmon. (Thèse de concours, pages 40 et suiv., 1863).

Oldham. *Obs. trans.* 1860.

Archives de Tocologie, 1875, p. 117.

Depaul. *Clin. obstetr.*, p. 490.

Cazeaux & Tarnier. *Traité d'accouch.*, p. 837.

Churchill. *Maladies des femmes*, p. 540.

Barnes. *Op. obstetr.*, trad. franç., p. 236.

London. Hosp. Report., 1867.

Schatz. *Arch. de gynec.*, 1870.

Monat. f. Geburt., 1860.

Linaz. (Thèse de). *Union médicale*, 1848.

Baynham. *De la ponct. dans la rétrov. utérine.* *Gaz. méd.*, 1830.

Laborie. *Un. medic.*, 1848 et 1849, n° 24, 27, 117.

P. Dubois. *Leçons sur l'avort. prov.*

Churchill. *Maladies des femmes*, p. 780 et suiv.

Robert Lee. *Trav. prématuré dans les cas*, etc., obs. 45 et 48.

Laborie. *Un. medic.*, 1848, p. 470.

États graves indépendants de la grossesse.

Gazette médicale, 1843.

Virchow's Jahresbericht, p. 625, 1868, t. II.

Monat. f. Geburt., t. XI, 1858, p. 145.

Monatschrift f. Geburtsk., t. XXX, p. 238.

De Soyre. Dans quels cas est-il indiqué de provoquer l'avortement. Paris 1875.

Schröder. *Manuel d'Accouch.*, Traduct. Charpentier. Paris, 1875.

Drs Auvard & Daniel. *Archives de Gynécologie et de Tocologie*, (1896-97). Th. II, 256.

Briaud & Chaudé. *Traité d'avortements.*

Berrut L. 1885. Paris. *Y a-t-il des cas où il soit permis de provoquer l'avortement.*

Fabre E. *Des vomissements incoercibles pendant la grossesse.* (Th. de Doctorat, n° 214, Paris 1856).

Ferdut E. *De l'avort. au point de vue médical, médico-légal, obstétrical, etc.*

1875. **De Soyre.** Thèse d'agrégation.

1876. **J. Sourdet.** *Accidents et complications des avortements spontanés, provoqués et criminels.* Th. de Paris, n° 309.

1882. **N. Dumas.** *Du traitement de l'éclampsie puerpérale par l'emploi simultané du lait, de la saignée, du chloroforme, du chloral et du bromure de potassium.* Thèse de Bordeaux, 1882.

1883-84. **J. Morival.** *Traitement des vomissements incoercibles de la grossesse.* Th. de Paris, n° 165.

1887-88. **Chabaud.** *Causes et traitement des hémorrhagies liées à la grossesse,* Th. de Montpellier, n° 83.

Duguet. *De l'éclampsie puerpérale historique, pathogénie et traitements actuels.* Th. de Bordeaux, 1885.

1888-89. **H. Arnal.** *Des rapports de l'albuminurie gravidique avec l'éclampsie.* Th. de Montpellier, n° 89.

1890-91. **Roby Joseph.** *De l'avort. au point de vue médicale et au point de vue médico-légal.* Th. de Montpellier.

Annales de Gynécologie et d'Obstétrique. T. 37, 38, 39... 46, années 1892 à 1898.

1893-94. **Laband Edouard**. *De la légitimité de l'accouchement et de l'avortement provoqué dans l'albuminurie de la grossesse*. Th. de Montpellier, n° 38.

1894-95. **Ch. Raoul Bienfait**. *Contributions à l'étude du traitement des vomissements incoercibles de la grossesse*. Th. de Paris, n° 424.

1896. **Vanderlinden (O)**. *De l'avortement*. *Belgique médicale*; grand Haarlem, 1896 (243, 164).

